



PATRICIA DE JESUS FERNANDES

**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: UM DESAFIO
ATUAL**

**Sinop/MT
2018**

PATRICIA DE JESUS FERNANDES

**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: UM DESAFIO
ATUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Orientador(a): Prof^a Francieli Ferreira Bastida.

**Sinop/MT
2018**

PATRICIA DE JESUS FERNANDES

**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: UM DESAFIO
ATUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem – FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

Ms. Francieli Ferreira Bastida
Professor(a) Orientador(a)
Departamento de Enfermagem – FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Enfermagem – FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Enfermagem – FASIPE

Ms. Luiz Carlos DamianPreve
Coordenador do Curso de Enfermagem
FASIPE – Faculdade de Sinop

AGRADECIMENTO

- Agradeço a Deus por ter me fortalecido ao ponto de superar as dificuldades, e também por toda saúde que me deu e que permitiu alcançar esta etapa tão importante da minha vida.
- Agradeço a minha família, em especial a minha mãe, que renunciou sua vida e tempo para a educação e criação minha e dos meus irmãos.
- Aos professores e orientadores deixo uma palavra de gratidão por todo conhecimento passado, pela paciência e empenho que tiveram, muito obrigada.
- Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

EPÍGRAFE

“Sabemos que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito.”

BIBLIA SAGRADA -Romanos 8:28.

FERNANDES, Patricia de Jesus, **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: um desafio atual**, 2018, 58 folhas, Trabalho de Conclusão de Curso-FASIPE-Faculdade de Sinop.

RESUMO

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer em vários momentos e de diversas formas, podendo ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento gestacional, no momento do parto, ou até mesmo depois do parto por meio do aleitamento materno e para cada momento desses, é aplicável um mecanismo de controle e prevenção da transmissão. Justifica-se a escolha desse tema devido à grande importância dos profissionais da saúde durante o processo gestacional da mulher soropositiva, tanto no processo medicamentoso, orientação e apoio psicológico para se evitar ao máximo a ocorrência da transmissão vertical do vírus de mãe para bebê. Este trabalho teve como objetivo geral, descrever os cuidados e orientações a gestante HIV positiva com a finalidade de evitar a transmissão vertical e como objetivos específicos, relatar o contexto histórico do HIV, descrever o tratamento do HIV durante a gestação, identificar os principais obstáculos e agravos durante a gestação da mulher HIV positiva. Este trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. Através do presente trabalho foi possível concluir que para se evitar a transmissão vertical do HIV é importante que se siga todas as recomendações existentes durante o período gestacional parto e acampamento pós-parto, pois a contaminação do recém-nascido filho de uma mãe HIV positivo pode sedar nas mais diversas fases de desenvolvimento.

Palavras-chave: HIV, Transmissão, Prevenção

FERNANDES, Patricia de Jesus, **PREVENTION OF VERTICAL TRANSMISSION OF HIV: a current challenge**. 2018. 58 sheets. Completion of Course Work. FASIPE - Faculty of Sinop.

ABSTRACT

Vertical transmission of HIV can occur at various times and in a variety of ways, and may occur at any stage of gestational development, at delivery, or even after delivery through breastfeeding, and for each moment of delivery, a mechanism control and prevention of transmission. The choice of this subject is justified because of the great importance of health professionals during the gestational process of the HIV-positive woman, both in the medication process, counseling and psychological support to avoid to the maximum the occurrence of vertical transmission of the virus from mother to baby. The objective of this study was to describe the care and guidance of HIV positive pregnant women with the purpose of avoiding vertical transmission and, as specific objectives, to report the historical context of HIV, to describe the treatment of HIV during pregnancy, to identify the main obstacles and aggravations during the gestation of HIV-positive women. This work was carried out through an exploratory bibliographical research. Through the present work it was possible to conclude that in order to avoid the vertical transmission of HIV it is important to follow all the recommendations that exist during the gestational period of childbirth and to the postpartum period because the contamination of the newborn child of an HIV positive mother can sedate stages of development.

Keywords: HIV, Transmission, Prevention

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Estrutura esquemática do HIV..... | 18 |
| Figura 2: Patogenia da infecção pelo vírus HIV..... | 19 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Fatores que aumentam o risco de transmissão vertical do HIV..... | 24 |
| Quadro2 – Exames diagnósticos para abordagem inicial..... | 30 |

LISTA DE ABREVIATURAS

3 TC - Lamivudina

AVR - Antirretroviral

AZT- Zidovudina

EPI - Equipamento de Proteção Individual

AIDS - HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LT-CD4 - Linfócitos T CD4

RN - Recém Nascido

TARV - Terapia Antiretoviral

TV - Transmissão Vertical

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Justificativa | 12 |
| 1.2 Problematização | 13 |
| 1.3 Objetivos | 13 |
| 1.3.1 Objetivo geral:..... | 13 |
| 1.3.2 Objetivos específicos: | 13 |
| 1.4 Metodologia | 14 |
| 2.REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 2.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida | 15 |
| 2.2 Dados epidemiológicos | 16 |
| 2.3 Vírus da imunodeficiência humana (HIV) | 16 |
| 2.3.1 Mecanismo de transmissão do HIV | 20 |
| 2.3.2 Prevenção | 21 |
| 2.4 Mulheres soropositivas e o direito reprodutivo | 22 |
| 2.5 Gestante HIV positiva | 23 |
| 2.5.1 Fatores maternos..... | 25 |
| 2.5.2 Fatores comportamentais..... | 26 |
| 2.5.3 Fatores anexais | 26 |
| 2.5.4 Outros fatores | 27 |
| 2.6 Diagnóstico do HIV em gestantes | 29 |
| 2.6.1 Reação da gestante frente ao diagnóstico positivo do HIV..... | 31 |
| 2.7 Pré-natal e a enfermagem | 32 |
| 2.7.1 Aconselhamento | 35 |
| 2.8 Profilaxia | 36 |
| 2.9 Intercorrências obstétricas da gestante HIV positiva | 39 |
| 2.9.1 Hiperêmese gravídica..... | 39 |
| 2.9.2 Rotura prematura de membranas | 40 |
| 2.10 Manejo obstétrico | 41 |
| 2.10.1 Profilaxia antirretroviral no parto..... | 43 |
| 2.10.2 Orientações para o Puerpério..... | 43 |
| 2.10.3 Amamentação..... | 45 |
| 2.10.4 Cuidados Antes Da Alta..... | 46 |

| | |
|---|-----------|
| 2.11 Cuidados com o recém-nascido..... | 47 |
| 2.11.1 Profilaxia antirretroviral ao recém-nascido..... | 48 |
| 2.11.2 Acompanhamento do recém-nascido | 49 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 50 |
| REFERÊNCIAS..... | 52 |

1. INTRODUÇÃO

A contaminação pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), é uma realidade recorrente. Uma doença descoberta há mais de 3 décadas e que ainda hoje apresenta-se alarmante quando analisadas as formas de contaminação e o público que afeta. Anteriormente, a infecção pelo HIV tinha como principal característica o fator de contaminar em sua maioria, homens, que mantinham relação sexual com outros homens. Porém, o perfil epidemiológico vem mudando ao longo dos anos e hoje, pessoas de todos os sexos e idades podem apresentar diagnóstico positivo para o HIV (BRASIL, 2010).

Neste contexto, é importante que se esteja atento, pois uma grande gama de mulheres com HIV positivo estão em idade reprodutiva e muitas vezes, nem se quer tem conhecimento do seu quadro sorológico (BRASIL, 2012).

Os profissionais e as unidades de saúde devem estar preparadas para receber essas mulheres, diagnosticar de maneira precoce a infecção pelo HIV e garantir a proteção do feto a fim de evitar que ocorra a transmissão vertical do vírus. Já que esta, é a principal modalidade de transmissão do HIV responsável pela existência de crianças soropositivas (BRASIL, 2017)

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer em vários momentos e de diversas formas, podendo ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento gestacional, no momento do parto, ou até mesmo depois do parto por meio do aleitamento materno e para cada momento desses, é aplicável um mecanismo de controle e prevenção da transmissão (BRASIL, 2010).

O aconselhamento concepcional, possibilita medidas que visem os cuidados e assistência das pacientes que são soropositivas. Esta assistência permite implementar medidas que tenham como objetivo reduzir os níveis da carga viral do vírus HIV para níveis indetectáveis, ou seja, abaixo de 50 cópias, possibilitando uma melhor condição imunológica, através do reconhecimento o mais breve possível, do quadro sorológico da paciente, diante as doenças infecciosas transmissíveis e no decorrer da gestação e o ciclo da gravidez e período puerperal, além de realizar o mais breve o diagnóstico e tratamento de Infecções

Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Por meio de um devido acompanhamento da gestante soropositiva possibilita-se que a mesma possua uma gestação segura, em que terá um menor risco de transmitir o vírus para o bebê (BRASIL, 2012).

1.1 Justificativa

Estudos apontam que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no final da gestação, cerca de 65% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto ou parto propriamente dito e os outros 35% ocorrem no período intra-uterino, nas últimas semanas de gestação e ainda, o aleitamento materno aumenta em 7% a 22% quando a criança recebe amamentação materna(SILVA;SILVA; MACHADO, 2013A).

A transmissão vertical do HIV ainda é uma realidade, apesar de todo o empenho e evolução dos tratamentos antirretrovirais existentes na atualidade, todavia, nos dias de hoje é possível que uma mulher HIV positiva possa gerar uma criança sem fornecer a ela grandes riscos de contaminação, desde que haja um tratamento e orientação adequada durante todo o processo gestacional (FARIA, PICINNI; 2010).

Para tanto, é necessário que se a gestante não possua conhecimento a respeito da sua sororidade positiva, a infecção seja diagnosticada logo no início da gestação, o quanto antes, para que assim o tratamento seja iniciado da maneira mais prévia possível e quando a mesma, já tenha conhecimento a respeito de sua sororidade, é importante que tenha controle da carga viral e que esteja em níveis quase indetectáveis para que ela possa tentar uma gestação (BRASIL, 2006).

A gestante HIV positiva deve ser acompanhada por uma unidade especializada durante todo o processo gestacional e logo após o parto, ela e a criança, devem seguir com tratamento e avaliação constante. Durante o processo gestacional o tratamento é realizado com antirretrovirais específicos e a gestante deve ser orientada e amparada para todas as peculiaridades que virão. A gestante HIV positiva deverá ser submetida ao parto cesárea, sem bolsa rota e não deverá amamentar, todos esses cuidados devem ser tomados para evitar que a criança seja contaminada pelo vírus (BRASIL, 2010).

Justifica-se a escolha desse tema devido à grande importância dos profissionais da saúde durante o processo gestacional da mulher soropositiva, tanto no processo medicamentoso, orientação e apoio psicológico para se evitar ao máximo a ocorrência da transmissão vertical do vírus de mãe para bebê.

1.2 Problematização

A transmissão do vírus HIV de maneira vertical é uma realidade e determina uma infecção crônica e muitas vezes fatal, a utilização de medicações específicas durante a gestação, a realização de um pré-natal adequado, a realização das orientações necessárias e de maneira efetiva e os cuidados necessários pré e pós-parto mediato e imediato podem diminuir significativamente o risco de transmissão e até extingui-lo (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

A mulher com sororidade positiva, assim como todas as mulheres, tem seus direitos reprodutivos assegurados por Lei e através da Rede Cegonha, devem receber todo o aparato medicamentoso e psicológico para prover uma gestação sem riscos, tranqüila e com a segurança de ter um filho saudável e com riscos mínimos de adquirir a infecção pelo HIV (BRASIL, 2010).

O mesmo autor afirma que se o tratamento for realizado de maneira eficaz e correta, e os cuidados com parto e pós-parto forem tomados, os riscos de transmissão vertical do HIV é quase nulo. A utilização de medicações adequadas, orientações e cuidados efetivos, combinados a um parto sem bolsa rota e a não amamentação em seio materno são fundamentais para que o risco de contaminação seja quase extinto. Para tanto, é necessário que a equipe profissional que assiste essa gestante esteja preparada e possua conhecimentos específicos para tratar essa mulher e receber essa criança.

Diante do explanado acima: quais os cuidados e orientações que a gestante deve receber a fim de evitar a Transmissão Vertical pelo vírus HIV?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral:

Descrever os cuidados e orientações a gestante HIV positiva com a finalidade de evitar a transmissão vertical.

1.3.2 Objetivos específicos:

Relatar o contexto histórico do HIV.

Descrever o tratamento do HIV durante a gestação.

Identificar os principais obstáculos e agravos durante a gestação da mulher HIV positiva.

1.4 Metodologia

A pesquisa bibliográfica trata-se de uma pesquisa elaborada sobre um material já publicado, sendo esses construídos principalmente por livros, artigos e periódicos, adquiridos em bibliotecas físicas e virtuais e em sites confiáveis(SANTOS, 2010).

O caráter exploratório tende a proporcionar uma maior familiarização com o tema proposto, a fim de adquirir mais conhecimento e esclarecimentos a cerca do mesmo, tendo por fim, como objetivo ao final do trabalho poder gerar idéias e concluir hipóteses (MURTA, 2012).

A abordagem qualitativa vai auxiliar a interpretar os dados coletados, ajudando a compreender e construir opiniões, através da análise sistemática de materiais devidamente selecionados para a realização e construção do trabalho (GIL, 2010).

Este trabalho será realizado por meio do levantamento de material advindos de fontes confiáveis como livros, revistas e artigos acadêmicos disponíveis em bibliotecas e revistas eletrônicas que tratavam do tema.

2.REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados os temas relevantes para se entender como ocorre a transmissão do HIV, o mecanismo de evolução do vírus, assim como serão descritas as medidas de prevenção e controle para transmissão vertical da infecção, bem como, achados diagnósticos, medicações de controle e cuidados no parto e pós-parto.

2.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

No início do ano de 1981 foi identificado pela primeira vez a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos Estados Unidos, a partir da observação de vários homens, com relacionamentos homossexuais na cidade de São Francisco, que apresentavam quadros de Sarcoma de Kaposi, quadros de pneumonia e de imunidade baixa (PINTO, et al.; 2007).

Parece ser consenso entre estudiosos que a infecção pelo vírus HIV tenha sido herdada dos macacos e tenha se originado no continente Africano, contudo, ainda existem controversas quando se trata de explicar por qual meio essa infecção tenha ocorrido. Neste quesito, a hipótese mais elencada é a de que a infecção tenha sido transmitida do macaco para o homem por meio da realização de relações sexuais com os animais (FORATINNI, 1993).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS confirmados foram no ano de 1982 na cidade de São Paulo e a partir dessa data, o vírus se espalhou pelo país de maneira avassaladora (PINTO, et al.; 2007).

Devido a característica social e comportamental em que foi descoberta, a infecção tomou novas formas e lançou desafios enormes no âmbito de saúde pública e coletiva da época, introduzindo novos fatores e pessoas na luta de combate e controle da doença. E hoje, mesmo após três décadas, a epidemia de HIV ainda é latente na população nacional e mundial (BOGLIOLO, 2012).

O que se sabe é que a partir do isolamento e descoberta do vírus HIV, a infecção se espalhou de maneira considerável na população nos primeiros 10 anos, e passou a se estabilizar a partir do descobrimento e desenvolvimento das primeiras terapias antirretrovirais, porém, atualmente, o número de infectados vem voltando a crescer (BOGLIOLO, 2013).

2.2 Dados epidemiológicos

A epidemia, ou melhor, pandemia que se observa na atualidade, a AIDS, é ocasionada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) se caracteriza como um problema de saúde pública a nível mundial (FARIA, PICINNI; 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou no ano de 2008 que aproximadamente 31,3 milhões de pessoas em idade adulta e 2 milhões de crianças viviam como portadoras do vírus HIV em todo o mundo. Ainda no ano de 2008, considera-se que tenham sido diagnosticados cerca de 2,7 milhões de novos infectados e ainda, cerca de 2 milhões de pessoas morreram em decorrência da infecção. Considera-se que atualmente mais de 600 mil pessoas convivem com o vírus da AIDS no Brasil (BOGLIOLO, 2013).

No último boletim epidemiológico lançado no ano de 2016 pelo Ministério da Saúde, foram notificados mais de 136 mil novos casos de HIV no país, sendo a maior parte deles no sudeste do Brasil (52,1%), seguido pelo Sul (21,1%), Nordeste (13,8%), posteriormente Centro-Oeste (6,7%) e o Norte (6,3%) (BRASIL, 2016).

O mesmo autor relata que em gestantes, do ano de 2000 até o ano de 2016, foram notificados mais de 99 mil casos de gestantes diagnosticadas com o vírus HIV e mais uma vez a região Sudeste teve maior número de casos diagnósticos da infecção, respondendo por 39,8% do total de gestantes infectadas pelo vírus, seguida pela região Sul, posteriormente nordeste, norte e enfim, centro-oeste, região com menor índice entre gestantes.

2.3 Vírus da imunodeficiência humana (HIV)

O HIV, tem como característica a capacidade de atacar de maneira agressiva o sistema imunológico do hospedeiro, tornando o organismo incapaz de se defender de doenças oportunistas, afeta principalmente os linfócitos T CD4 que são células do sistema imunológico, onde o HIV altera o seu DNA e passa a se multiplicar (BRASIL, 2013 B).

É caracterizado como sistema imune, os tecidos, células, moléculas ou órgãos que o próprio organismo humano utiliza para a eliminação de agentes infecciosos, antígenos que lesionem o organismo mantendo assim a homeostasia do organismo. Os linfócitos T, ou também chamada células T, que são derivadas do timo, as células T CD4 atuam coordenando

resposta imunitária, também realizam a ativação de células como macrófagos e linfócitos T. Os parâmetros de normalidade em pessoas que não estão infectadas pelo HIV levando em consideração a contagem de CD4 é de 500 e 1200, abaixo deste valor é caracterizado como paciente infectado pelo vírus HIV, sendo necessário a iniciação da Terapia Antirretroviral (BRASIL, 2015 A).

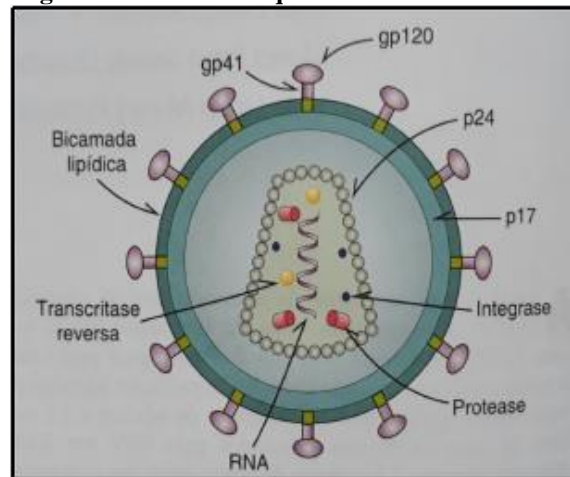
Também deverá ser avaliado a quantidade da carga viral que o paciente possui, onde tem como valores de referência entre 100.000 a 1 milhão de cópias, será considerado com carga viral alta, já abaixo de 50 cópias é considerado como uma carga viral indetectável, principal propósito do uso da TARV, evitando o prejuízo do sistema imunológico (BRASIL, 2010).

O HIV, prejudica o sistema imunológico do paciente de tal forma que o mesmo não consegue mais realizar a sua função de proteção contra agentes patógenos e infecções, o vírus ataca as células T CD4 do organismo e assim passa a se multiplicar e se espalhar por todo o organismo do hospedeiro (MORITA et al., 2012).

O vírus do HIV é um lentivírus, da família dos retrovírus (*Retroviridae*), que para se multiplicar necessitam da transcriptase reversa, transformando o RNA viral em uma cópia do DNA, capaz de se integrar ao organismo do hospedeiro (FARIA, PICINNI; 2010).

O vírus do HIV tem em sua composição uma camada externa de lipídeos e proteína denominada de envelope, as proteínas virais são as glicoproteínas que por sua vez são as responsáveis por realizar a ligação do vírus ao hospedeiro e do lado interno da parede do vírus está uma camada de proteína (SILVERTON; 2010).

O ciclo de vida do vírus HIV passa por diferentes etapas, inicia-se na ligação das glicoproteínas virais aos receptores no organismo humano, diante disso inicia-se um processo de fusão do DNA do vírus ao DNA do hospedeiro, ocorrendo a liberação do core do vírus ao citoplasma da célula do hospedeiro, diante disso ocorre a transcrição do RNA viral em DNA complementar, posteriormente as proteínas virais são clivadas em subunidades através da protease (BOGLIOLO, 2012). A estrutura esquemática do HIV pode ser observada na figura 1.

Figura 1: Estrutura esquemática do HIV.

Fonte: Bogliolo (2012), pag. 1334

O HIV não possui cura na atualidade, entretanto, é uma doença controlável. Ações de prevenção primária são significativas para controle da doença, como o diagnóstico precoce e a realização de tratamento adequado podem aumentar significativamente o tempo e qualidade de vida do paciente. Conflitos gerados a partir da mudança no quadro econômico mundial e uma maior diferença entre classes, é cada vez mais difícil alcançar e dar o amparo e acesso a saúde de maneira uniforme a toda população (SANTOS; OKASAKI; 2012).

Uma pessoa infectada pelo HIV, nem sempre apresenta algum sinal e sintoma característico, o fato de ser portador do vírus, não significa que terá algum sinal da infecção, ela pode passar por despercebida por anos, só aparecendo os sintomas quando a infecção toma formas mais agressivas ou então quando o paciente já estiver com AIDS, ou SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida) passa a apresentar sintomas da doença, sendo um dos principais o fatores do portador se tornar muito sensível e susceptível a contrair doenças oportunistas causadas por fungos, vírus, bactérias e germes diversos(MOURA, PRAÇA; 2007).

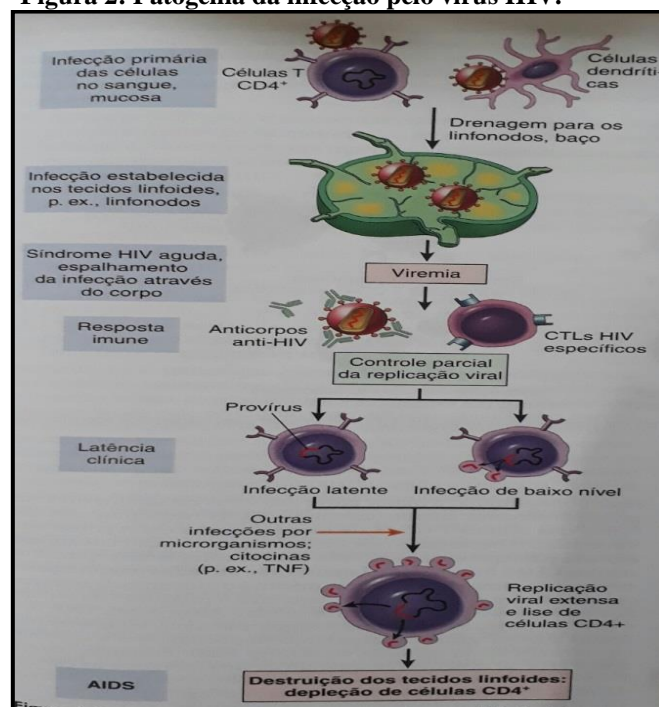
O vírus HIV penetra no organismo do hospedeiro através das mucosas do corpo, sendo elas a orofaríngea, reto e/ou genitália e pelo sangue. A interação que ocorre quando o vírus entra no organismo é muito complexa, a principal consequência da infecção é a destruição permanente e progressiva dos linfócitos T CD4+, acarretando em quadros de imunodeficiência grave. O vírus ataca essa célula em específico, pois nelas, estão os principais receptores para o vírus. A taxa de infecção e a evolução da doença vai variar de acordo com a quantidade de correceptores que o indivíduo tiver no organismo (MORITA et al, 2012).

A infecção pelo vírus num primeiro momento causa uma viremia primária, causada pela proliferação do vírus no organismo, que se alojará nos mais diversos órgãos e tecidos em todo o organismo. Nesta fase de proliferação do vírus a taxa de viremia é muito alta e ocorre quando o organismo ainda não criou nenhum tipo de barreira para atuar contra o vírus (KUMAR, 2013).

Nesta fase de proliferação viral, é comum que os pacientes desenvolvam quadros de infecção aguda, em que apresentam sinais e sintomas que até mesmo podem ser confundidos a outras infecções. Na infecção aguda do HIV, podem ocorrer o surgimento de lesões de pele, faringite, dores no corpo, náuseas, vômitos, cefaléia, cansaço, neuropatias, candidíase oral, úlceras, febre, aumento do fígado, aumento do baço e aumento dos linfonodos (principalmente na região axilar e do pescoço) (BARROSO, GALVÃO; 2007).

Algumas semanas após a infecção aguda pelo HIV, seja ela com a presença ou não dos sintomas, ocorre a instalação do vírus em todo o organismo, se estabelecendo uma condição de cronificação da doença, sendo esta assintomática, com a implementação das terapias antirretrovirais é difícil atualmente de se mensurar um período específico para que os sintomas do HIV crônico comecem a se apresentar (BOGLIOLO, 2013). O mecanismo que se dá desde a infecção pelo vírus de maneira inicial, passando pela infecção aguda até estabilização do vírus e desenvolvimento da Aids é descrito na Figura 2.

Figura 2: Patogenia da infecção pelo vírus HIV.



Fonte: Kumar, et al.; (2013), pag. 147

2.3.1 Mecanismo de transmissão do HIV

O HIV pode ser transmitido de diferentes formas, porém a forma mais comum é a via sexual, entretanto, o HIV também pode ser transmitido por meio de transfusão de sangue contaminado, de maneira ocupacional (em decorrência do trabalho de um indivíduo) e ainda, de maneira vertical, de mãe para filho, essa pode se dar de maneira transplacentária, durante o parto, ou ainda, por meio da amamentação (MONTENEGRO, FILHO, 2013).

A transmissão por via sexual é a principal via de transmissão do vírus, pode ocorrer tanto em relações homossexuais como em relações heterossexuais. A OMS (Organização mundial da saúde), estabelece que a transmissão sexual em relações heterossexuais é na atualidade a principal forma de transmissão sexual do vírus, mas, em países desenvolvidos, as relações homossexuais, principalmente entre homens, é responsável pelo maior número de casos catalogados (FARIA, PICINNI; 2010).

Os fatores que podem aumentar o risco de contaminação por via sexual do vírus HIV, são devido ao portador estar com alta viremia, em que se encontra num quadro de imunodeficiência avançado, manter relações sexuais no período menstrual ou ainda, ser portador de outras ISTs, principalmente aquelas que ocasionam úlceras nas genitálias como o cancro mole, a herpes genital e a sífilis (MORITA et al., 2012).

A transmissão sanguínea está normalmente relacionada ao uso de drogas injetáveis, devido ao compartilhamento de agulhas e seringas, é muito comum em locais como a Ásia e a América Latina, além do Caribe, onde é crescente o número de indivíduos que fazem o uso de drogas injetáveis (BARROSO, GALVÃO; 2007).

Outro mecanismo de transmissão se dá por via sanguínea, é a transmissão por meio do recebimento de transfusão de sangue e de hemoderivados, apesar de ser um meio raro de transmissão, ainda acontece e devido a isso se implementou as medidas de controle para se escolher o doador de sangue e o sangue a ser infundido no paciente (FARIA, PICINNI; 2010).

A transmissão por meio ocupacional está relacionada aos profissionais da área da saúde, que por estarem expostos a material contaminado, correm risco de se acidentar com material perfuro cortante. O risco de contaminação neste tipo de situação é muito pequeno, aproximadamente 0,3% apenas, mas existe e para minimizar os riscos existem os protocolos de terapia antirretroviral pós-exposição, que deve ser implementada sempre que houver um acidente desta natureza (BRASIL, 2013 A).

Embora o vírus do HIV esteja presente em todos os fluidos corpóreos do portador, apenas o contato com sangue, sêmen, leite materno e secreção genital tem se mostrado com capacidade de transmitir o vírus e apesar de muitos estudos e pesquisas a cerca do assunto,

não foi constatado a possibilidade de outro tipo de transmissão que não seja essa (MONTENEGRO, FILHO, 2013).

Agora, o ponto mais relevante para o desenvolvimento deste trabalho, a transmissão vertical. A transmissão vertical ocorre quando o vírus é transmitido de mãe para filho em algum momento da gestação, parto ou depois do nascimento. A transmissão vertical, ocorre em taxas de 30 a 40% em países como a África e em países da América do Norte e da Europa, as taxas de transmissão vertical variam de 15% a 20% (PINTO et al., 2007).

A transmissão intra-uterina pode ocorrer em qualquer fase gestacional, porém, é mais comum depois do primeiro trimestre. O risco de se transmitir o HIV de mãe para feto durante a gestação é reduzido consideravelmente caso a gestante se submeta a terapia antirretroviral de maneira correta e posteriormente o uso de drogas específicas ao recém-nascido, logo após o nascimento (BARROSO, GALVÃO; 2007).

Outro meio de transmissão vertical ocorre no momento do parto, em que há necessidade de se implementar medidas de prevenção e o submetimento da gestante ao parto cesárea, preferencialmente sem o rompimento da bolsa. A transmissão por meio do aleitamento materno também existe, deve ser combatida por meio do aleitamento artificial (MORITA et al., 2012).

2.3.2Prevenção

As principais medidas de prevenção e controle para evitar a transmissão do HIV são mecanismos de proteção individual que devem ser rotineiramente incentivados como o uso de preservativos e mudança no comportamento sexual. Os preservativos tanto masculinos quanto femininos são o único método de barreira comprovadamente eficaz contra a transmissão do HIV, seu uso é importante não somente no que visa a transmissão do HIV, mas também, é fundamental na prevenção da transmissão de outras infecções sexualmente transmissíveis (SANTOS; OKASAKI; 2012).

A utilização do preservativo de maneira sistemática leva o indivíduo a desenvolver habilidade no seu manuseio e conseqüentemente, diminuir os riscos de que haja escapes ou que o preservativo fure ou estoure, fazendo com que, desse modo a eficácia do método aumente consideravelmente. O uso do preservativo masculino aumenta em 95% de chances de que não ocorra a contaminação, desde que o mesmo seja utilizado de maneira correta (BRASIL, 2006).

O uso de espermicidas com nonoxinol-9, são eficazes para inativação do vírus do HIV, bem como de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e deveria ser

utilizado em conjunto ao preservativo, no entanto, a maioria dos espermicidas não possuem o nonoxinol-9 na sua formulação, sendo assim ineficazes para a prevenção da transmissão do vírus (BRASIL, 2015 A).

Nos pacientes que fazem o uso de drogas injetáveis é recomendado que os profissionais e serviços de saúde invistam em orientação e campanhas educativas, além de esses serviços facilitarem o acesso desses indivíduos a materiais estéreis para aplicação da droga, locais onde esse tipo de medida foi implementada, foi considerável a diminuição da epidemia entre a população de usuário de drogas (MONTENEGRO, FILHO, 2013).

Para os profissionais com o risco ocupacional, o mais indicado é o investimento em educação continuada e incentivo para práticas seguras dentro e fora do ambiente de trabalho, utilização sistemática e correta de EPI's (equipamento de proteção individual) e sempre que houver exposição acidental e implementar medidas de controle e terapia pós-exposição (BARROSO, GALVÃO; 2007).

2.4 Mulheres soropositivas e o direito reprodutivo

Os direitos humanos atuam em todas as formas e a todas as pessoas, possuem fundamental importância no que se refere ao direito reprodutivo de todas as pessoas que assim o quiserem. A epidemia do HIV entre pessoas de todas as faixas etárias, em contraponto aos direitos reprodutivos da população, fez com que houvesse uma importante e significativa mudança no modelo assistencial prestado aos portadores do vírus HIV. O fato de o HIV ser uma doença transmissível tão somente não pode retirar o direito do indivíduo desejar gerar um filho. Os direitos sociais e individuais devem ser garantidos seja ela soropositivo ou não (BARROSO, GALVÃO; 2007).

Os direitos reprodutivos são garantias previstas na constituição federal e devidamente reconhecidos pela lei, é garantido pelo direito de toda mulher em total domínio de suas atribuições, decidir por livre e espontânea vontade e com responsabilidade gerar um filho, na fase ou momento da vida que assim preferir e quantas vezes assim quiser. O que resta aos serviços de saúde é se adaptar à realidade existente e atuar de modo a garantir que esta gestação ocorra da maneira mais segura por meio do tratamento, suporte emocional e orientação de modo que, a mulher possa ter uma gestação tranquila e segura tanto para ela quanto para o feto (FARIA, PICINNI; 2010).

Os direitos humanos e a constituição garantem que qualquer serviço de saúde, particular ou público, deve estar preparado para atender uma gestante soropositiva e auxiliá-la no momento em que a mesma decidir gerar um filho, esses serviços devem garantir insumos e

peçoal para atender com qualidade essa gestante, respeitando sempre seu direito de decidir sobre seu próprio corpo, sem que receba ou sinta dos profissionais nenhum tipo de preconceito ou julgamento, violência ou discriminação (LORENZI, LORENZI, e ZANETE; 2011).

Os direitos reprodutivos de toda mulher são garantias constitucionais e devem ser garantidos pelo Estado, os profissionais que atuam nesse aspecto devem estar preparados para atender a essa gestante em todas as suas individualidades, atuando em conjunto com uma equipe multidisciplinar, a fim de garantir a essa mulher uma gestação tranqüila e a minimização dos riscos e garantia da saúde do feto (SILVA, SILVA, MACHADO, 2013).

2.5 Gestante HIV positiva

O HIV, atualmente tem sido considerado como uma das principais pandemias que tem afetado a população. Causado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), esta patologia impõe inúmeros desafios. Os cuidados contínuos e ininterruptos excedem aspectos médicos da doença e tem como intuito reduzir a transmissão vertical e problemas na gestação (ORSHAN, 2010).

Estudos apontam que até o final do ano de 2010 haviam 34 milhões de pessoas acometidas pelo vírus HIV, desta população residem em países em desenvolvimento (não industrializados), onde está patologia é a principal causadora de óbitos em mulheres que estão em idade reprodutiva. Neste mesmo ano ocorreram cerca de 2,7 milhões de novas infecções, desta mais de 90% ocorrem nos países não desenvolvidos (BOGLIOLO, 2012).

A transmissão pelo vírus HIV pode ocorrer durante três momentos no período gestacional: a primeira é pela via transplacentária, a segunda no parto e a terceira durante a amamentação. A infecção pelo HIV tem maior índice de infecção ao feto no último trimestre da gestação ou no momento do parto. Calcula-se que entre 30% a 35% das transmissões ocorrem durante o período gestacional, onde existe maiores chances de contaminação, as gestantes cuja patologia está em estado avançado ou pela elevada carga viral devido ao Vírus Hiv-1 (VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009).

Na atualidade, existe um aumento considerável no número de mulheres contaminadas pelo vírus HIV e como consequência desse fato, existe hoje um enorme número nos casos de transmissão vertical do vírus (de mãe para filho). Esse quadro, gerou um aumento considerável no número de crianças contaminadas pelo HIV em todo o mundo, pois, grande parte das mulheres contaminadas pelo vírus estão em idade reprodutiva. O Ministério

da Saúde relata que cerca de 17.200 gestantes são infectadas pelo vírus HIV todos os anos (SILVA, SILVA, MACHADO, 2013).

Segundo o ministério da saúde, cerca de 83% das crianças infectadas pelo vírus HIV até os treze anos de idade, sofreram contaminação por meio da transmissão vertical e ainda que se reconheça que alguns fatores interferem na transmissão do HIV, não existe meio preciso de se identificar o real nível do risco de infecção, a literatura indica que a maior parte das contaminações verticais se dão na hora do parto, seguida da transmissão durante a gestação, principalmente nas últimas semanas de gestação e posteriormente, com um índice muito pequeno está a contaminação pelo aleitamento (FELDMANN, et al, 2012).

Devido a isso é de suma importância adotar medidas profiláticas o mais breve possível, tendo em vista evitar a transmissão vertical, durante toda a gestação não somente preconizando um período específico (SANTOS; OKASAKI; 2012). O risco de transmissão vertical do HIV aumenta esporadicamente a depender de fatores relacionados a infecção pelo HIV na gestante descritos de maneira sucinta no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores que aumentam o risco de transmissão vertical do HIV.

| |
|--|
| Fatores maternos Carga viral elevada Desnutrição Infecções genitais Infecções sistêmicas Uso de drogas ilícitas (via endovenosa) Parceria sexual múltipla com sexo desprotegido Hábito de fumar Deficiência de vitamina A Expressão de HLA Baixa adesão ou dificuldade de acesso ao uso de anti-retrovirais |
| Fatores anexiais Corioamniorrexe prolongada Perda da integridade placentária Expressão dos receptores secundários no tecido placentário |
| Fatores obstétricos Intervenções invasivas sobre o feto ou câmara amniótica Cardiotocografia interna Tipo de parto Contato do feto/recém-nascido com sangue materno |
| Fatores fetais Expressão de receptores secundários para o HIV-1 Suscetibilidade genética Função reduzida dos linfócitos T-citotóxicos Prematuridade |
| Fatores virais Presença de mutações Fenótipo viral |
| Fatores pós-natais Amamentação Carga viral elevada no leite Baixa concentração de anticorpos Mastite clínica Lesões mamilares Elevada concentração de sódio no leite |

Fonte: Duarte, Quintana e Beitune (2005), pág. 700.

2.5.1 Fatores maternos

Um dos fatores maternos que estão relacionados com o aumento de casos de transmissão vertical do HIV-1, se destaca gestantes que apresentam elevada carga viral, que advém na fase aguda e na fase avançada da infecção. Atualmente se considera a carga viral no organismo o mais importante fator para a transmissão no período gestacional do vírus, entretanto apesar da possibilidade da ocorrência da transmissão vertical do HIV-1 e de haver associação direta entre aos níveis de carga viral, ela não é integral. Não há carga viral respectivamente tão baixa que não haja possibilidade de transmissão vertical do HIV-1. Assim como não há elevada carga viral onde haja uma totalidade de transmissão vertical do HIV-1 (DUARTE, QUINTANA, BEITUNE, 2005).

Atualmente tem se enfatizado a probabilidade de determinadas infecções genitais não ulcerativas realizarem a indução de quimiocitocinas, que atuam na alteração da permeabilidade da placenta ao vírus e aos linfócitos infectados, quanto induzindo da replicação do vírus HIV-1. É necessário a verificação se há surgimento de doenças oportunistas relacionadas com a patologia, para que seja realizado intervenções que visem reduzir o risco da transmissão vertical (BRITO, CASTILHO, SWASCWARD, 2010).

Quando a gestante possui Infecções Sexualmente Transmissível (IST's), vaginite, sífilis ocorre mais chances de transmissão do vírus, devido a isso é necessário o rastreamento e tratamento mais breve possível de ISTs. Gestantes com a patologia e portadoras de vaginose bacteriana apresentam maior índice de transmissão vertical do vírus. Na vaginose bactéria apresenta evidente redução do *Lactobacilluscrispatus* (principal lactobacilo da flora vaginal), este fator é responsável pelo aumento da transmissão vertical do Vírus HIV-1(FARIA, PICCININI, 2010).

A sífilis ocasiona lesão placentária, o que ocasiona elevado risco de transmissão do vírus para o feto, também outras infecções como tuberculose, hepatites virais podem ser relacionadas, com o problema de manejo clínico e potencialmente uma maior chance de transmissão do vírus HIV-1 (RICCI, 2008).

As condições imunológicas devem ser avaliadas pois caso apresentem contagens de It-CD4 menores a 200 céls/mm³,deve ser realizado tratamento antirretroviral e realização de profilaxia de doenças e infecções oportunistas, não importando a idade gestacional que esta gestante se encontra. É necessário enfatizar que a Terapia Antirretroviral (TARV) tem eficácia na diminuição de transmissão vertical, porém determinados tipos de antirretrovirais apresentam potencialidades de riscos devido a teratogenicidade e toxicidade materno e do feto, o esquema deve ser escolhido com extremo cuidado (BRASIL, 2006).

2.5.2 Fatores comportamentais

O uso de drogas como heroína, cocaína, drogas injetáveis estão associadas a transmissão vertical do vírus HIV-1, também está associado a disfunção metabólica e dano placentário. Quando há ruptura de membrana por período prolongado a incidência é maior de transmissão do vírus em gestantes usuárias de drogas do que as não usuárias. Outro fator que está relacionado ao uso de drogas é a não adesão aos antirretrovirais e não realizar o devido acompanhamento de pré-natal (VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009).

Está associado a transmissão perinatal a relação sexual com múltiplos parceiros e sem uso de preservativo. Devido à esta exposição materna a inúmeras cepas de HIV-1, de parceiros diferentes predispõe a adquirir cepa com maior virulência sendo mais prejudicial ao feto. A elevada exposição ao sêmen infectado pode acarretar em uma ativação imune e aumento da replicação viral subsequente (FARIA, PICCININI, 2010).

O tabagismo também está associado ao aumento do risco de transmissão do HIV-1 por mudanças e alterações placentárias, morfológicas e complicações obstétricas. Com relação a alimentação no período gestacional os micronutrientes maternos e o risco da transmissão do vírus, a hipovitaminose eleva o risco de transmissão vertical (BRASIL, 2010).

2.5.3 Fatores anexais

Atualmente cerca de 30% das ocorrências de transmissão vertical do vírus HIV-1 procedem da passagem transplacentária do vírus HIV-1, quando isso ocorre, há sua detecção nos órgãos como baço, líquido amniótico, cérebros fetais e pulmão. A placenta tem como intuito facilitar trocas gasosas e transporte de nutrientes de mãe ao feto, realiza produção de hormônios e age como proteção de tolerância imunológica que são importantes no decorrer da gestação, contudo, quando há violação dessa barreira pode ocasionar a transmissão de infecções intra-uterina (ORSHAN, 2010).

Quando a infecção do feto ocorre em estágios iniciais da gestação, observa-se que após o nascimento estas crianças tem uma pré-disposição em ficar doente mais precocemente, diferentemente de quando ocorre a infecção pelo vírus no momento do parto ou após este, onde o surgimento de doenças é retardado (MARTINEZ, et al.; 2016).

A corioamniorrexe prolongada tende a aumentar potencialmente a transmissão vertical do vírus HIV-1, a presença de receptores primários e secundários na placenta além do dano da integridade placentária, predispõe sua infecção, procedimentos como ruptura de bolsa prematura, como intervenção utilizada no momento do parto, além de situações como infecção sistêmicas e genitais e parto de recém-nascido pré-termo. Quanto maior o período de ruptura

das membranas amnióticas, mais elevada será o risco de transmissão vertical do HIV. Após 4 horas de carioamniorrexe tendem a estar aumentadas o risco de transmissão vertical (ORSHAN, 2010).

Na placenta a produção de grande grupo de receptores e fatores solúveis como quimioquinas, citocinas, hormônios e também o complexo de Histocompatibilidade (MHC) da classe, que inclui HLA-G, que podem colaborar com a transmissão do vírus ao concepto. Também aumentam a replicação do vírus, as citosinas são relacionadas com a capacidade de lesar os trofoblastos e fragilizando a barreira placentária. Devido a isso, as células da placenta ficam suscetíveis a infecções, elevando a possibilidade de transmissão vertical do HIV-1 (MARTINEZ, et al.; 2016).

São contra-indicados nas gestantes infectadas pelo HIV-1, qualquer tipo de procedimento evasivo seja na circulação fetal ou na cavidade amniótica. Pode ocorrer infecção fetal devido à realização de procedimento contaminado pelo instrumental como agulha contaminada. Caso há necessidade de realização de tais procedimentos, é aconselhado iniciar com antecipação o uso de AVR (FARIA, PICCININI, 2010).

Resumindo, a placenta tem o intuito de barreira impedindo o acesso de microrganismos da circulação materna para a circulação fetal. A integridade física com relação ao HIV não é satisfatória para impedir a transmissão do vírus HIV, devido a diversas células expressar CD4, que é o receptor específico do vírus. É de ciência, que a transmissão vertical do vírus HIV-1 pode ocorrer pela passagem do vírus através da placenta, que está vinculado pelo linfócito materno como por conseqüente a placentite viral (MARTINEZ, et al.; 2016).

2.5.4 Outros fatores

Outros fatores importantes a serem considerados na transmissão do vírus durante a gestação são os fatores fetais, relacionados ao feto propriamente dito, os fatores virais e ainda os fatores pós-natais (VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009).

Devem ser considerados importantes fatores de risco de transmissão do vírus, algumas características que constituem do recém-nascido (RN) ou do feto, como a presença e constituição a de genes que vão expressar os secundários receptores, integridade da pele, resposta imune celular, prematuridade e baixo peso (FARIA, PICCININI, 2010).

Os fatores virais são embasados através de estudos científicos por meio dos quais tem-se a comprovação de que a elevada carga viral da gestante que possui HIV, eleva o risco de transmissão vertical da doença, isso se dá devido a elevada replicação e indução de sincício

e seu tropismo pelos macrófagos. A ocorrência de transmissão também pode estar relacionada aos subtipos virais, bem como o fenótipo viral, por isso, tem se a utilização de ARV que tem como objetivo evitar mutações devido à resistência do vírus (ORSHAN, 2010).

Como fatores pós-natais podemos elencar que o de maior relevância para a transmissão vertical do HIV pós-natais é a amamentação, que tem incidência de 7% a 22% de transmissão. Mesmo a puérpera realizando o tratamento com AVR, o leite materno continua com alta taxa de agente infeccioso do HIV. Devido a isso os cuidados vão além da gestação, transcorrendo após o período puerperal (BRASIL, 2010).

É excretado durante o decorrer da amamentação o vírus do HIV, na mulher infectada sendo sintomática ou não. O vírus entra em contato por meio das mucosas gastrintestinal e da nasofaríngea do recém-nascido, onde poderá envolver células epiteliais tonsilares, linfócitos e células M enterócitos (BRASIL, 2012).

A transmissão do HIV por meio da amamentação pode acontecer em qualquer fase da infecção, durante todo período que há de lactação, contudo a incidência é mais elevada quando a puérpera tem CD4 reduzido, acarretando em uma carga viral plasmática do HIV elevada e doença mais avançada. Estima-se que ocorram cerca de 8,9 transmissões da patologia por 100 crianças/ano decorrente do aleitamento materno ou que a probabilidade de transmissão pelo leite materno seja em torno de 0.00028 por dia de leite e 0.00064 por litro de leite ingerido (REGO, 2009).

Acredita-se que a possibilidade de infecção decorrente do HIV por litro de leite materno ingerido pode ser equivalente na mesma proporção a probabilidade de transmissão do HIV em ato sexual desprotegido entre adultos heterossexuais (BRASIL, 2010).

Pode se encontrar o HIV livre no leite materno, bem como no interior das células. A carga viral do HIV no leite materno bem como a quantidade de células infectadas do leite materno pelo vírus são condicionantes que predispõem a transmissão pelo HIV que devem ser considerados, pois o aumento de 1,0 log no número de células infectadas pode aumentar cerca de 3,2 vezes o risco da transmissão do vírus e elevar cerca de 10 vezes na carga viral, ocasionando a um aumento das duas (MONTENEGRO, FILHO, 2016).

O risco da transmissão do HIV devido ao leite materno é mais elevado para a mulher em que a infecção foi recente e o aleitamento materno exclusivo oferece menor risco de infecção se comparado com aleitamento misto. Um dos fatores de relevância é a mastite bacteriana, pois aumenta o risco de transmissão do HIV (ORSHAN, 2010).

A verificação da eficácia protetora de anticorpos específicos anti-HIV no período de aleitamento materno é difícil de avaliação, contudo, a persistência de anticorpos IgM e IgA

específicos no leite materno, podem ser um dos fatores que estão relacionados a falta de infecção no bebê. Estes anticorpos IgM e IgA tem por finalidade recobrir a partícula viral, já os anticorpos IgM possuem propriedades citotóxicas neutralizantes e citotóxicas (MONTENEGRO, FILHO, 2013).

Entretanto quando há a presença de células infectadas no leite materno pelo vírus HIV, por período superior há 15 dias posterior ao parto, tem-se como fator relevante para a infecção do recém-nascido (ORSHAN, 2010).

A infecção pelo vírus HIV, é uma das escassas circunstâncias em que há a contra-indicação do aleitamento materno. A Organização Mundial da Saúde e a UNICEF, contudo, indica a população que residem em países onde os principais fatores de mortalidade infantil é decorrente de desnutrição, doenças infecciosas, o aleitamento materno de mães soropositivas poderá ser mantido mediante a condições aceitáveis e factíveis. A mãe deve receber a devida orientação a respeito do aleitamento exclusivo de leite materno, além da observação do surgimento de condições que predisponham a contaminação da criança como mastite, lesões, orais na criança, lesões mamilares, caso surja alguma intercorrência neste período, o aleitamento materno deve ser interrompido (REGO, 2009).

2.6 Diagnóstico do HIV em gestantes

Ainda no início da gestação, quando a gestante procura a unidade básica de saúde para dar início ao acompanhamento do pré-natal, são solicitados exames laboratoriais para investigar seu quadro de saúde, dentre esses exames, estão vinculados os exames para diagnóstico do HIV, para que posteriormente quando essa gestante retornar para a consulta com o médico, esteja portando consigo os resultados desses exames (ARAÚJO, et al.; 2008).

Uma vez que o exame anti-HIV apresente resultado positivo, é solicitado novamente os mesmos exames com o intuito de se certificar o resultado e confirmar o diagnóstico determinando a carga viral dessa paciente, verificando as características da infecção pelo vírus (SANTOS; OKASAKI; 2012).

Para se realizar a abordagem inicial da gestante diagnosticada com HIV é realizado uma série de exames complementares como citado anteriormente, dentre eles estão a contagem de LT-CD4+ (marcador específico para a contagem de células), carga viral, avaliação hepática e avaliação da função renal, exame parasitológico de fezes, os testes não treponêmicos (VDRL ou RPR), realização de testes investigativos para hepatites virais, IgG para toxoplasmose, sorologia para HTLV I e II e para chagas, dosagem de lipídeos, prova tuberculínica, glicemia de jejum e radiografia de tórax (BRASIL, 2013 B).

Os exames complementares para abordagem inicial da gestante recém detectada com HIV podem ser identificados no quadro 2 a seguir:

| Quadro 2: Exames diagnósticos para abordagem inicial | |
|---|---|
| urina) | <ul style="list-style-type: none"> • Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV • Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de |
| HBc) | <ul style="list-style-type: none"> • Exame parasitológico de fezes • Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) • Testes para Hepatites Virais (anti-HAV, anti-HCV, HBs Ag e anti- |
| | <ul style="list-style-type: none"> • IgG para Toxoplasma • Sorologia para HTLV I e II e Chagas (considerar risco de infecção) • Dosagem de lipídeos • Glicemia de Jejum • Prova tuberculínica (PT) • Radiografia de tórax |

Fonte: Brasil (2013) pág.19

A rotina com a qual se realizará novamente os exames, poderá variar de paciente para paciente e a depender do desenvolvimento da infecção ou quadro de saúde da gestante, diante disso outros exames poderão ser solicitados, tudo variando de acordo com a necessidade, como por exemplo a realização do cálculo da creatinina, ainda o escore de risco cardiovascular de Flaminghan (método de avaliação de risco cardiovascular), ou a fundoscopia, dentre alguns outros (ARAÚJO, et al.; 2012).

A maneira comum a qual serão agendados os retornos às consultas de pré-natais, também dependerão de acordo com cada paciente, sendo necessário se adequar o acompanhamento do tratamento a cada quadro clínico da gestante. Se a paciente for diagnosticada com um quadro de viremia muito alto, é provável que as consultas se dêem de maneira semanal e posteriormente vá se adiando a depender do desenvolvimento da paciente (BRASIL, 2010)

O mesmo autor relata que, quando existe disponibilidade, antes mesmo de encaminhar a gestante para realização dos exames do início do pré-natal, é indicada a realização de um teste rápido assim que a mulher procure a unidade de saúde e devem ser implementados na rotina das unidades. A realização do teste rápido deve ser implantada

também na recepção de gestantes em hospitais e maternidades, principalmente quando essa gestante chega a unidade sem a carteirinha de acompanhamento do pré-natal, bem como sem os resultados dos exames diagnósticos.

Os testes rápidos são confiáveis, com desempenho quase igual ao dos exames laboratoriais, detecta os anticorpos produzidos pelo organismo para combater o HIV em cerca de 30 minutos, não necessitam da implementação de grandes estruturas ou mecanismos para sua prática, os resultados além de confiáveis podem ser observados e compreendidos com facilidade. Apenas pessoas autorizadas e treinadas podem realizar o teste. Os testes rápidos como dito anteriormente são recomendados para a detecção do vírus ainda na triagem dos pacientes e em casos de necessidade de um diagnóstico rápido em situações especiais que necessitem de resultados rápidos (BRITO, CASTLHO, SWASCWARD; 2010).

2.6.1 Reação da gestante frente ao diagnóstico positivo do HIV

Quando a gestante passa a ter conhecimento de sua sororidade positiva, tende a passar por um estresse emocional e devido ao o diagnóstico positivo passa a ter um impacto negativo na vida da paciente. Em geral, as mulheres que não sabem da sua sororidade não esperam receber esse diagnóstico e quando o recebe, passam por um misto de sentimentos que incluem medo, tristeza, angústia, indignação e até culpa (MONTENEGRO, FILHO, 2013).

Neste momento uma das maiores dúvidas é de que forma ela contraiu o vírus, se a mesma possui um parceiro fixo. Outra questão é quanto à revelação do diagnóstico para seu parceiro e para a família. Apesar das mudanças no perfil dos infectados pelo vírus HIV ao longo dos anos, ainda hoje o diagnóstico do HIV está intimamente ligado as condições sociais e populacionais dos indivíduos (VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009).

Alguns sentimentos em relação ao diagnóstico podem perdurar durante boa parte da gestação, sendo necessária toda uma atuação da equipe multiprofissional, a fim de realizar o acolhimento dessa gestante, dar-lhe o apoio e suporte emocional que por vezes, ela não recebe da família e do parceiro (SANTOS; OKASAKI; 2012).

Também é importante se criar uma rede de apoio aos familiares dessa gestante, que podem não entender e não aceitar a situação a que foram expostas. Ocorre, que o acompanhamento da gestante soropositiva é um desafio para os profissionais da saúde e exige aprendizado e domínio da situação. A sororidade positiva descoberta na gestação é uma situação complexa, que exige uma adaptação enorme e exige que a gestante mude sua maneira de pensar e agir e passe a atuar em conjunto com a equipe de saúde, com a finalidade de evitar

que o vírus do HIV seja transmitido para a criança que ela está a gerar (FARIA, PICINNI; 2010).

2.7 Pré-natal e a enfermagem

Toda mulher que possui história de atraso menstrual por período maior que 15 dias, o profissional da saúde deve orientar a mesma a realizar o teste imunológico para a gravidez, que poderá solicitado pelo profissional enfermeiro ou médico. Este método tem sido considerado o mais confiável. A dosagem do hormônio gonatrofina coriônica humana (BHCG) para o rápido diagnóstico da gravidez, em decorrência de sua eficácia e precisão nos resultados, este exame é reconhecido mundialmente (BRASIL, 2012).

Entre 8 a 11 dias após a concepção já é possível detectar o BHCG no sangue periférico da mulher que está gestante, níveis que estão acima de 25Mu/ML são considerados positivo para a gestação, já níveis menores que 5Mu/ML são considerados negativos e os resultados falsos negativos ficam entre 2Mu/ML e 25Mu/ML, sendo necessário repetir o exame para verificar se houve aumento no BHCG, para então a confirmação da gravidez (BRASIL, 2010).

Levando em consideração que 11% a 42% das gestantes passam a data da última menstruação incorreta, quando possível é necessário oferecer a ultrassonografia obstétrica, o que auxiliará a verificar a idade gestacional que a gestante se encontra, além de verificar se há ocorrência de gestações múltiplas ou até mesmo más-formações fetais. De preferência é mais indicado a ultrassonografia entre a 10 e 13 semanas gestacional (BRASIL,2012).

O mesmo autor afirma que caso seja superior a 12 semanas o atraso menstrual, o diagnóstico da gestação poderá ser realizado através do exame clínico. A verificação da gestação poderá ser efetuada em 90% das pacientes através dos sinais e sintomas que a mesma apresente, tendo como as principais queixas o atraso da menstruação, a mastalgia, a fadiga, enjoos e vômitos além o aumento do desconforto urinário.

Já com relação as modificações anatômicas como hipersensibilidade mamilar, aumento das mamas, saída de colostro mamilar, cianose na região cervical e vulvar, além do aumento progressivo do volume abdominal. Tendo como sinais de certeza de uma gestação é possível verificar os batimentos fetais do bebê, estes são detectados por um equipamento chamado sonar, onde fica audível a partir das 12 semanas gestacional e também pelo Pinard, porém somente a partir das 20 semanas gestacionais (UNICEF, 2008).

Através do exame de ultrassonografia transvaginal, é possível verificar o saco gestacional a partir de 4 a 5 semanas da gestação e as manifestações embrionárias e atividade

cardíaca com 6 semanas gestacionais, uma vez que seja comprovado o diagnóstico de gravidez, é dado início ao pré-natal, no qual o profissional enfermeiro terá papel relevante (BRASIL, 2010).

Estudos apontam que o enfermeiro tem papel importante durante o pré-natal de uma gestante soropositiva, tendo sua atuação como forma relevante para se determinar o modo com que essa gestante se comportará durante a gestação e sua adesão ao tratamento, é o principal ator no papel de comunicar-se com a mãe e fortalecer o laço mãe-feto. O enfermeiro e o cliente devem ter uma relação de confiança entre si (ARAÚJO, et al., 2008).

Lorenzi, Lorenzi e Zanete (2011), afirma que uma atenção eficaz no pré-natal favorece e fortalece o vínculo entre paciente, família, e equipe de saúde. Esse vínculo de segurança e afeto contribui para que a gestante permaneça seguindo as orientações e frequentando as consultas durante toda a gestação e permite ao profissional enfermeiro perceber as necessidades individuais de cada gestante.

O médico tem seu atendimento voltado mais para a parte de tratamento medicamentoso e introdução de terapia antirretroviral específica para a gestação, ficando para a equipe de enfermagem a implementação do tratamento, as orientações a respeito da correta forma de se consumir as medicações, bem como informações relevantes a cerca da saúde da mãe e do bebê (FARIA; PICINNI, 2010).

A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial na adesão do tratamento e garantia da prestação de cuidados durante toda a gestação. O pré-natal é o momento em que a mulher se prepara para viver a gestação e o parto de maneira segura, enriquecedora e sobretudo, sabendo de todos os riscos de se gerar um filho sendo soropositiva, sobretudo, os riscos da transmissão vertical do HIV (LORENZI; LORENZI; ZANETE, 2011).

Um bom relacionamento entre gestante e enfermeiro garante um pré-natal tranquilo, pois uma vez que se estabelece um vínculo de confiança entre os dois, se inicia um processo de união, permitindo que a gestante se abra e comunique com mais facilidade suas dúvidas e sentimentos, permitindo assim, que se dê que o pré-natal de acordo com as necessidades e características individuais de cada paciente (ARAÚJO, et al., 2012).

A consulta pré-natal deve ser um espaço de esclarecimento de dúvidas e para determinação da melhor estratégia para se alcançar essa gestante na sua totalidade, é necessário que nesse momento haja uma comunicação amigável e aberta, de modo que as duas partes se façam compreender a fim de se aproximar cada vez mais dessa gestante (FARIA; PICINNI, 2010).

Araújo (2008) afirma que, a atuação da enfermagem no pré-natal de gestantes soropositivas é fundamental, necessitando assim que o profissional seja qualificado para lidar com esse tipo de situação e tenha conhecimento adequado para conseguir de maneira efetiva, esclarecer dúvidas, montar um plano de atuação e facilitador do processo de educação em saúde.

Segundo Pereira, et al., (2012), a assistência prestada durante o pré-natal deve levar em conta toda a totalidade da gestante soropositiva, não apenas focado no biológico, mas também no intuito de assegurar as necessidades de cada uma, levando em consideração suas características sociais e ambientais.

O profissional enfermeiro deve ser um ouvinte ativo, para queixas, emoções, sentimentos, a história de cada uma, para assim poder gerar uma assistência individualizada e com foco em preparar essa gestante a assimilar o papel que exercerá na saúde e segurança do seu bebê e os cuidados especiais que terá de prestar a ele. É importante que se criem grupos de gestantes, para que, participando ativamente, essa gestante possa transferir e receber conhecimento através de relatos de experiências passadas (ARAÚJO, et al., 2008).

Para Brasil (2006), a enfermagem é responsável pelo encaminhamento da gestante para serviços especializados necessários, criação de grupos de mulheres, esclarecimento e orientação sobre terapia antirretroviral, sobre a não amamentação, sobre a necessidade de se realizar exames diagnósticos no parceiro sexual, o uso de preservativos e o ato de cuidar da sua saúde como um todo.

É também papel da enfermagem o acolhimento da gestante que recebe um diagnóstico positivo para o HIV no início do pré-natal, o apoio e o amparo nesse momento são fundamentais, além de escolher e determinar a melhor conduta a ser tomada para essa gestante, também é importante o encaminhamento da mesma para apoio psicológico (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

A consulta de enfermagem deve prestar um atendimento integral e individualizado, nele o enfermeiro exerce seu papel de educador, explicando para essa gestante soropositiva todas as características da infecção e os cuidados específicos para a gestação, dando ênfase a prevenção da transmissão vertical da doença e realizar o encaminhamento para serviços especializados (BRASIL, 2013).

É durante as consultas de enfermagem realizadas no pré-natal, que serão estabelecidas as prioridades durante a gestação e se esclarecer os benefícios de uma adesão satisfatória do tratamento para que a gestação possa correr de forma tranqüila, assim como um parto e um puerpério satisfatório (BRASIL, 2010).

A atuação do profissional enfermeiro durante o pré-natal deve atender ao trinômio mãe-bebê-pai e família na busca de garantir um bem-estar físico da gestante, psíquico, biológico e social, bem como o de todos os seus familiares. O principal objetivo da assistência pré-natal é garantir que a gestação transcorra de maneira tranqüila, sem intercorrências e o nascimento de um bebê saudável e com bem-estar, levando o mínimo de riscos possíveis de se transmitir de maneira vertical o vírus do HIV para o feto (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

O pré-natal de uma gestante soropositiva é considerado um pré-natal de alto risco e deve ser conduzido pelo profissional enfermeiro, em conjunto com a equipe multiprofissional, que inclui dentre outros, psicólogos, infectologistas, obstetras, nutricionistas e etc. (RIGONI, et al; 2008).

2.7.1 Aconselhamento

O Ministério da Saúde preconiza que se realize aconselhamento anterior e após o teste de HIV. O profissional enfermeiro deve estar preparado para lidar com todos os tipos de situações. Quando o diagnóstico for positivo, o enfermeiro deve prestar todo apoio emocional e orientações a fim de diminuir a ansiedade das gestantes e sanar suas dúvidas (RIGONI et al., 2008).

Um dos principais aconselhamentos que se deve ofertar é um esclarecimento a cerca da diferença entre ser portador do HIV e ter a AIDS propriamente dita, diferenciando suas principais diferenças e as manifestações da AIDS, a disponibilidade do tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os cuidados para evitar a transmissão vertical da doença e orientar a respeito das reações adversas provocadas pelo uso dos antirretrovirais (FELDMANN et al., 2012).

O aconselhamento é importante e deve ser mantido durante toda a gestação e após o parto. Ele deve focar na adesão ao tratamento e realização do mesmo, de modo correto para que a prevenção da TV se dê de modo efetivo. Durante o aconselhamento deve-se não somente focar na adesão ao tratamento, mas cumprir todas as demandas da paciente, no âmbito emocional e psicológico (SANTOS; OKASAKI, 2012).

O enfermeiro tem um importante papel na forma com que a paciente enfrenta a doença, estar atento as expressões verbais e não verbais da mesma, a fim de reconhecer as dificuldades que elas estão enfrentando e por sua vez, oferecer o apoio adequado. A relação enfermeiro/paciente deve ser uma relação de qualidade, visando que a paciente se sinta à vontade e segura para expressar seus medos e dificuldades (MOURA; PRAÇA, 2007).

O enfermeiro deve se apresentar sempre disposto a ajudar, disposto a ouvir, em todo caso, quando fugir de suas capacidades, buscar ajuda em outro profissional, esclarecer suas próprias dúvidas para pôr fim poder sanar as possíveis dúvidas que a paciente possa ter. Ele é de total importância no enfrentamento da doença e deve se estender a todos os familiares da paciente a quem ela revele seu diagnóstico (FARIA; PICINNI, 2010).

Mesmo com comprovadas evidências que a gestante soropositiva possui desejo em se manter saudável e na proteção da saúde de seu filho fazendo com que a mesma possua uma melhor adesão a TARV no período gestacional, diversos estudos demonstram que 70% apenas das gestantes em tratamento e sem a exposição prévia aos AVR atingem a supressão viral quando estão próximas ao parto (LEITE ARAÚJO 2013).

O principal motivo para a não supressão viral neste grupo está relacionado a adesão insuficiente, que costuma piorar após o parto. Para que haja êxito nas políticas de acompanhamento e tratamento de gestantes infectadas pelo vírus HIV no pré-natal e também após o parto, a equipe em que esta gestante é atendida deve ter uma visão holística para identificar aspectos dinâmicos e individuais que possam afetar a adesão (FELDMANN et al., 2012).

É de suma importância que estas gestantes recebam a devida orientação sobre os benefícios da TARV e que lhes seja assegurado um espaço para a discussão de eventuais dúvidas e temores que a mesma possua a respeito de possíveis impactos negativos das medições no feto e posteriormente no RN (ARAÚJO 2012).

2.8 Profilaxia

Antes de ser iniciado o tratamento antirretroviral, é recomendado que se realize nas gestantes soropositivas um exame de genotipagem pré-tratamento, que servirá para avaliar se o vírus a que ela está contaminada tem algum tipo de mutação que necessite de tratamento diferenciado. Um erro no tratamento inicial da doença pode ter total relevância para a maneira como a doença evoluirá (BALESTIERI, 2006).

Se o município onde a paciente reside não tenha um SAE (Serviço de Atenção Especializada) para que ela realize nele o acompanhamento do pré-natal, a secretaria da saúde do município é obrigada a dispor de transporte para que essa gestante possa se deslocar até o município mais próximo onde tenha esse tipo de atendimento, ou, em todo caso, que ela vá até o SAE para buscar os medicamentos necessários para o tratamento antirretroviral (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

Também é de responsabilidade da Secretaria de Saúde do município buscar por informações para orientar corretamente a gestante e prestar atendimento de qualidade, com todas as orientações necessárias e com a disponibilização de todos os medicamentos necessários no decorrer do pré-natal. Para que tudo isso ocorra, é necessário que a equipe obtenha informações, para saber aonde buscar apoio (RIGONI et al., 2008).

É de responsabilidade da secretaria municipal de saúde estabelecer contato entre os municípios circunvizinhos e entre a unidade de saúde e o centro de referência. O tratamento precoce é de fundamental importância para se evitar a transmissão vertical. A disponibilização dos medicamentos antirretrovirais é importante para que a gestante cuide da sua própria saúde e da saúde do bebê que está por vir (BALESTIERI, 2006).

Entre as medidas de prevenção da TV não estão somente a disponibilização dos antirretrovirais para as gestantes, mas também, a disponibilização do AZT solução oral, esta é usada para administração aos recém-nascidos de portadoras do HIV durante as primeiras seis semanas de vida do mesmo. Também deve ser disponibilizado medicamentos para se inibir a lactação e a disponibilização de fórmula para alimentação infantil. Lembrando sempre que não somente a unidade de saúde onde a gestante realiza o pré-natal deve estar preparado, mas também, o hospital onde será realizado o parto dessa gestante (BRASIL, 2012).

Antes de se iniciar o tratamento medicamentoso é interessante que a equipe de enfermagem encaminhe essa mulher para a realização de exames para se determinar os níveis de T-CD4+ da paciente e assim se avaliar uma possível necessidade de outros tipos de intervenção medicamentosa a essa gestante. É necessário que se avalie mês a mês o estado clínico da paciente com exames como hemograma, taxa de plaquetas e número de enzimas hepáticas (SANTOS; OKASAKI, 2012).

Os níveis de carga viral são de extrema importância para se estabelecer o tratamento profilático adequado para cada gestante, a Zidovudina é o medicamento antirretroviral de primeira escolha. A escolha do antirretroviral vai variar de acordo com a idade gestacional em que a paciente foi diagnosticada com HIV, com os níveis de T-CD4+ do organismo, com o aparecimento de sinais e sintomas da AIDS e com a maneira com que essa gestante se adapta aos medicamentos (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

Em casos de início do tratamento tardio, em idade avançada de gestação, o uso de Nevirapina é o mais indicado, pois consegue ultrapassar a barreira transplacentária de forma mais efetiva, porém, esse medicamento possui um grande potencial para desenvolvimento de malformações genéticas e não se recomenda seu uso em pacientes com carga viral elevada, pois desenvolve resistência retroviral (BRASIL, 2012).

O uso de fórmulas combinadas, não são indicadas para pacientes que estão iniciando o tratamento com antirretrovirais, sendo assim, o tratamento antirretroviral será escolhido levando-se em consideração diversos fatores clínicos da paciente. O ministério da Saúde disponibiliza em sua cartilha de recomendações para tratamento antirretroviral às gestantes, diversas tabelas para auxiliarem na definição do melhor tratamento a se realizar nessa paciente (FELDMANN et al., 2012).

Em pacientes com idade gestacional de 14 semanas e que não apresente sintomas da doença, o indicado é que se administre a Zidovudina oral, em doses de 300 mg a cada 12 horas. A depender dos seus níveis de carga viral detectados ao longo do pré-natal, essa medicação poderá ou não, ser modificada. De acordo com a carga viral a partir da 28^o semana de gestação poderá ser introduzido o tratamento com AZT+3TC+Nevirapina. Em gestantes com idade gestacional entre 14 e 27 semanas, também deverá ser introduzido o uso da Zidovudina ou TARV combinada. Em gestantes com idade gestacional maior que 28 semanas, deve-se também iniciar o tratamento com Zidovudina 300 mg VO de 12 em 12 horas (RIGONI et al., 2008).

As gestantes que se apresentam em fase sintomática da doença, independentemente de sua idade gestacional, devem ser iniciadas com a introdução do TARV combinado, com esquemas recomendados de consumo sendo o uso de zidovudina, 3TC e Nelfinavir, ou o uso de Zidovudina, 3TC e Nevirapina, a escolha entre Nelfinavir e Nevirapina, dependerá da carga viral da paciente e da idade gestacional em que ela se encontra (BRASIL, 2013).

As pacientes que já se encontram em tratamento antirretroviral quando iniciam o pré-natal deveram ser mantidas no seu tratamento antirretroviral enquanto esse se mostrar eficaz, exceto que esse tratamento seja composto de drogas expressamente contraindicadas para consumo durante a gestação e sempre que possível, é importante que a Zidovudina esteja presente nesse tratamento (SANTOS; OKASAKI, 2012).

O tratamento antirretroviral deve se estender desde o início da gestação até o momento do trabalho de parto e parto propriamente dito e após o parto, deve ser administrado ao RN durante as primeiras seis semanas de vida, para se evitar a contaminação. Durante o TP, a Zidovudina deve ser administrada em fórmula endovenosa e se estender até o momento do parto e clampeamento do cordão. Após o parto, a Zidovudina deve ser administrada ao RN em solução oral (MOURA; PRAÇA, 2007).

O tratamento antirretroviral com Zidovudina deve ser iniciado no RN ainda nas primeiras 8 horas de vida e deve ser mantido pelos próximos 42 dias seguintes (6 semanas), o mais recomendado é que essa administração se inicie ainda antes das primeiras duas horas de

vida e se passadas 48 horas do parto, não se faz necessário o início do tratamento, pois esse não apresentará resultados positivos ao RN (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

Em pacientes com diagnóstico positivo para o HIV, também está indicada como medida profilática a realização do parto cesárea, diminuindo para menos de 0,8% a taxa de TV. O parto vaginal é possível somente em pacientes em que os níveis de carga viral estejam completamente controlados e não devem ser longos e nem ultrapassar 4 horas de bolsa rota (FARIA; PICINNI, 2010).

2.9 Intercorrências obstétricas da gestante HIV positiva

As intercorrências clínicas que estão associadas ao período gestacional como a diabetes gestacional e a hipertensão, recebem o mesmo cuidado que as gestantes que não possuem a infecção pelo vírus HIV, não importando seu quadro imunológico. A síndrome HELLP, pré-eclâmpsia, insuficiência hepática aguda e a colestase hepática são distúrbios que estão associados ao período gestacional e que pode ocorrer de serem confundidos com a ação e efeitos adversos dos AVR (SILVA, Monteiro; SILVA;MACHADO, 2013)

Deste modo há a necessidade de ser realizado diagnóstico singular das possíveis causas dos efeitos adversos que estão associados a terapia medicamentosa. O uso de inibidor de protease está também associado ao de diabetes, hiperglicemia e o agravo de distúrbios no metabolismo relacionado a glicose e dos lipídeos. Mulheres que possuem quadro sorológico positivo para o HIV apresentam sepse puerperal 3 vezes maior quando equiparadas com mulheres que não possuem sorologia positiva do vírus HIV (MONTENEGRO, REZENDE 2013).

2.9.1 Hiperêmese gravídica

Para as gestantes que apresentem quadro clínico de hiperêmese gravídica e que através das medidas não houveram controle de vômitos e náuseas, poderão ser indicados antieméticos como ondansetrona, além de anti-histamínicos e vitamina b6. Estas medicações não possuem nenhuma interação farmacológica expressivas aos antirretrovirais. A metoclopramida pode representar risco de liberação de sistema extrapiramidal e não poderá ter indicação para o controle de hiperêmese gravídica HIV (MONTENEGRO, REZENDE 2016).

Mulheres com quadro sorológico positivo ao HIV com de hiperêmese refrataria ao manejo de medicamento inicial, deverão receber acompanhamento hospitalar para manejo em seu quadro clínico (SILVA, SILVA, MACHADO, 2013).

Caso ocorra êmese grave, deve ser considerada a interrupção de toda TARV até a melhora dos sinais e sintomas, após deve ser reiniciada verificando dosagens corretas com o intuito da possibilidade de haver resistência viral. Casos como esse deverão receber monitoramento em âmbito hospitalar sendo uma escolha o uso por via endovenosa de antiméticos como a ondansetrona. A gestante deverá receber as devidas orientações no uso de ARV, no intuito de evitar problemas gastrointestinais, que podem acarretar no agravamento dos sintomas gestacionais (ORSHAN, 2010).

2.9.2 Rotura prematura de membranas

A ruptura prematura de membranas é uma complicação do período gestacional que está associada ao parto pré-termo e esta, quando está associada a prematuridade leva a um elevado risco de transmissão vertical do vírus HIV. O procedimento na ruptura prematura de membranas tem como parâmetro a idade gestacional de 34 semanas (RICCI, 2008).

Quando a rotura da membrana se dá em idade gestacional inferior a 34 semanas, caso não haja risco de sofrimento fetal e corioamnionite, existe como recomendação medidas semiconservadores, com avaliação, observação e utilização de terapia medicamentosa que visem a melhora no prognóstico da mãe e feto no período perinatal, sugerindo-se a utilização de medicamentos como corticoide (dexametasona ou betametasona), entre 23 e 34 semanas, para que seja realizado um aceleração da maturidade pulmonar do feto, na presença de oligoâmnio realizar uma hiper-hidratação oral e antibioticoterapia (MONTENEGRO, REZENDE 2013).

Caso haja ocorrência de rompimento prematuro da membrana pré-termo, tem como indicação o uso de cristalina e penicilina G para que seja prolongado o período de latência e para que ocorra a prevenção da morbimortalidade perinatal devido ao estreptococo do grupo B, assim como também para a infecção intra-amniótica caso esteja com quadro para esta patologia, medicações como e de clindamicina também podem ser consideradas para tal tratamento (RICCI, 2008)

Quando a rotura de membrana se dá em idade gestacional maior que 34 semanas é recomendado que se realize a infusão endovenosa do medicamento zidovudina, a resolução da gestação deverá ser analisada. A escolha por qual tipo de parto estará sujeito as condições do colo uterino, de como está a apresentação do feto, se há presença da atividade uterina e da carga viral do HIV. Tendo ciência que o período de trabalho de parto está associado com a maior ocorrência da transmissão vertical do HIV, em circunstâncias de colo desfavorável e a

falta de atividade uterina deverá se avaliar a realização de parto cesárea, sem que haja induções prolongadas (ORSHAN, 2010).

Entretanto se as condições do colo uterino estejam favoráveis e adequadas e a gestante estiver em uso regular do TARV e com a carga viral indetectável e apresentação cefálica, a via de parto poderá ser vaginal. Já a gestante com bolsa rota, será necessária realizar avaliação das condições e a evolução do trabalho de parto além de averiguar os riscos de complicações. Caso seja parto demorado, deverá ser considerado por parto cesárea (MONTENEGRO 2013).

2.10 Manejo obstétrico

O momento e a maneira em que será dado o parto das gestantes soropositivas são um momento de grande preocupação da equipe de saúde no que tange a prevenção da infecção pelo vírus no recém-nascido, desse modo, é importante que se leve em consideração toda a evolução da gestação, análise da carga viral, bem como a adesão a terapia medicamentosa (BRASIL, 2010).

Em gestantes com carga viral desconhecida ou até mesmo que as apresentem maior que 1.000 cópias m/L após a trigésima quarta semana gestacional, possui indicação de cesárea eletiva, a partir da trigésima oitava semana gestacional onde reduz o risco de transmissão vertical do HIV (BARROSO,2007).

As gestantes que estão em uso de AVR e a supressão da carga viral do HIV sustentada e não possua indicação de parto cesárea, o parto normal poderá ser realizado. Porém gestantes que apresentem carga viral detectável menor que 1.000 cópias m/L, mas detectável também poderão realizar parto vaginal, entretanto esta deverá receber zidovudina intravenoso (BRASIL, 2015 A).

A zidovudina intravenosa tem por indicação a prevenção da transmissão vertical do HIV e deverá ser administrado no início do parto no período anterior a 3 horas antes da cesárea, até posteriormente a realizar o clampeamento do cordão umbilical para gestantes soropositivas com carga viral do vírus HIV detectável ou desconhecida posterior a trigésima quarta semana gestacional (BRASIL, 2013 A).

Quando o parto vaginal se torna inevitável, é importante se atentar de que está totalmente contraindicado qualquer tipo de procedimento invasivos no parto como, escalpo cefálico, cordocentese, amniocentese e amniotomia. O parto com uso de instrumentos deverá ser evitado, entretanto quando estiver indicação, o fórceps deverá ter preferência do que o vácuo-extrator. A utilização do fórceps ou até mesmo do vácuo-extrator somente será

admitida mediante a intercorrência obstétrica em que supere os riscos da infecção do RN devido ao procedimento (BRASIL, 2017).

Caso haja favoráveis condições para a realização do parto vaginal e tendo esta indicação, iniciar zidovudina intravenoso na gestante logo ao chegar no serviço, seguindo protocolo, manter a infusão da medicação até posterior ligadura do cordão. O trabalho de parto deve ter a devida monitorização conforme estipula o partograma, deve-se evitar toques desnecessários e repetitivos, a gestante não poderá permanecer por período prolongado com bolsa rota, já que a taxa de transmissão vertical do HIV aumenta progressivamente em período posterior a 4 horas de bolsa rota (MONTENEGRO, REZENDE 2013).

A utilização de medicação que visam elevar a atividade uterina não está proibida, porém devem seguir os conhecidos padrões de segurança. Deverá ser evitada a amniotomia artificial somente realizada caso seja extremamente necessária, necessitará ser imediata mediante a expulsão do RN a ligadura do cordão umbilical, não deverá ser realizada de nenhuma forma a ordenha do cordão umbilical. Só será permitido a realização da episiotomia mediante a uma avaliação cuidadosa de sua necessidade, caso seja realizada deve-se proteger o local com compressas com degermante, o RN de nenhuma forma poderá ter contato com a região que deverá estar protegida com compressa (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

De modo geral, o parto cesáreo é o mais recomendado para as gestantes soropositivas. No parto de cesárea eletiva, é necessário que a equipe se certifique da idade gestacional da paciente com o intuito de evitar a prematuridade iatrogênica, através de exames como ultrassonografia e verificar altura uterina, a cesárea deverá ser realizada somente a partir da trigésima semana gestacional, com o objetivo de evitar a ruptura prematura de membrana, o trabalho de parto e a prematuridade (MONTENEGRO, REZENDE, 2013).

Entretanto se a gestante soropositiva tem indicação para cesárea e chegue a unidade em trabalho de parto com dilatação cervical mínima de 4 cm, deverá ser infundido a zidovudina endovenosa e realizar o parto cesárea, se tiver possibilidade em um período posterior a três horas de infusão. Sempre que houver possibilidade realizar parto empêlico. Após retirada do RN, ligar imediatamente o cordão umbilical, não poderá realizar ordenha do cordão. Deve-se realizar completa hemostasia da parede do abdômen e trocar campos e compressas secundários para que o RN não possua contato com sangue materno (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

Deverá ser administrado antibiótico profilático, dose única endovenosa de 2g de cefazolina para gestante que passara por cesárea eletiva, quanto a de urgência. (BRASIL, 2018)

2.10.1 Profilaxia antirretroviral no parto

Não há necessidade do uso de zidovudina profilático em gestantes que não possuem carga viral indetectável posterior a trigésima quarta semana gestacional e que possuam boa adesão na TARV, contudo o uso de zidovudina no período do parto passará por avaliação médica (BRASIL, 2015 A).

A zidovudina possui dose de ataque da medicação na primeira hora é de 2mg/kg, posterior somente doses de manutenção da medicação, com infusão ininterrupta de 1mg/kg, diluído em 100mL de soro glicosado a 5%. A concentração da medicação não poderá passar de 4mg/ML. A parturiente receberá a zidovudina endovenosa a partir do início do parto até posteriormente ao clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2017).

A zidovudina injetável em esquema alternativo deverá ser utilizada somente em circunstâncias de indisponibilidade da medicação nesta apresentação no período do parto. A dose zidovudina é 300mg, VO no período de início do parto, seguida de manutenção a cada três horas com a mesma quantidade até o clampe no cordão umbilical (BRASIL, 2018).

2.10.2 Orientações para o Puerpério

Durante o puerpério a gestante deve ser orientada a não amamentar o seu bebê, a fim de se diminuir as chances de uma contaminação pelo vírus ao seu filho. É importante que a gestante receba apoio e orientações para que a mesma não se sinta discriminada por não estar amamentando seu filho. A lactação deve ser interrompida pelo uso de medicamentos específicos e ela deve ser orientada quanto ao preparo da fórmula infantil que irá ofertar para seu filho (SILVA; SILVA; MACHADO, 2013).

O cessamento da lactação também pode ser realizado por meio da compressão das mamas, realizando a compressão com o uso de ataduras. As mamas devem ser "enfaixadas" de modo a comprimir as mamas, porém, não deve atrapalhar os movimentos da mulher nem tão pouco causar desconforto respiratório a mesma. A compressão deve ser realizada por dez dias, e deve impedir todo e qualquer estímulo ou manipulação das mamas, contudo, como esse enfaixamento é difícil de ser mantido pelo tempo necessário, o mais indicado é que o cessamento da lactação se dê por meio da ingestão de medicamentos (BRASIL, 2012).

A gestante deve ser orientada que após o parto, deverá procurar manter acompanhamento com ginecologista e também, realizar acompanhamento do seu bebê em médico especializado. É muito comum que após o parto a gestante diminua a sua adesão ao tratamento e acompanhamento de seu quadro clínico. Seu acompanhamento médico deve ser

estimulado e monitorado e em caso de necessidade é recomendado que o enfermeiro realize a busca ativa da paciente (BRASIL, 2006).

Os cuidados após o parto seguem com normalidade e deve ser realizado da mesma forma com que acontece em uma gestante que não é soropositiva. O retorno será realizado normalmente ao ginecologista no 8º e no 42º dia após o parto. A paciente deve ser orientada quanto a reinfecção pelo HIV e quanto a transmissão do mesmo, o enfermeiro deve investir na conscientização da mesma a fim de que ela adquira o hábito de só ter relações sexuais com proteção e em caso de parceiro fixo, sem um diagnóstico sobre a soropositividade, deve-se orientar a realização dos testes e exames específicos, para que se o parceiro também for soropositivo, ele seja encaminhado para tratamento (BRASIL, 2013).

Pacientes que já sabiam anteriormente a gestação sobre seu diagnóstico e que já faziam uso do TARV, devem continuar a medicação logo após o parto e em casos de pacientes que vieram a saber do seu diagnóstico com HIV somente no momento do parto, é recomendado que a equipe se preocupe com a situação dessa gestante e a que contexto familiar ela está inserida, oferecendo lhe apoio psicológico e social (FARIA; PICINNI, 2010).

Sempre que possível é recomendado que o parto seja empelidado, ou seja, que a bolsa amniótica se mantenha íntegra no momento da retirada do neonato e o enfermeiro deve tomar todos os cuidados necessários para realizar a manipulação da placenta e do cordão umbilical, nunca mantendo contato direto com nenhum deles, pois o risco de contaminação nesses anexos fetais é muito grande. O enfermeiro deve estar totalmente paramentado, com o uso dos EPI's como gorro, máscara, luvas, óculos, capote, no momento de recepcionar o RN e realizar os primeiros cuidados a ele (MOURA; PRAÇA, 2006).

O Ministério da Saúde criou um manual para orientar as equipes de saúde sobre a profilaxia da transmissão vertical do HIV, bem como indica a melhor terapia antirretroviral a ser empregada a cada gestante. A cartilha está disponível na internet e pode ser acessada a todos os profissionais da área da saúde que tenham interesse em acessá-la. O manual é disponibilizado pelo Ministério da Saúde na internet (BRASIL, 2010).

A puerperal deverá receber a devida orientação com relação a seriedade de seu tratamento e acompanhamento ginecológico e clínico correto, bem como a respeito do seguimento da criança e sua situação imunológica. É comum observar uma redução da adesão entre mulheres que estavam gestantes, após o período puerperal, sobretudo, devido ao não comparecimento ao serviço de referência para HIV, quando foi descoberta a infecção na maternidade, no período gestacional (BRASIL, 2015B).

O comparecimento ao serviço de referência deve ser monitorado e estimado, caso a puérpera não compareça às consultas, poderá ser realizado busca ativa da mesma. Após a alta hospitalar e realizado o parto, a puerperal deverá ir embora com sua consultada agendada para o serviço de referência para o devido acompanhamento e avaliação da criança (BRASIL, 2017).

Os procedimentos obstétricos com relação a mulher soropositiva no período puerperal não diferem da mulher que não possui soropositividade, exceto em casos de intercorrências obstétricas sucedidas durante o parto e o puerpério imediato, onde esta puérpera deve retornar à unidade entre o quinto e oitavo dia e no quadragésimo segundo dia pós-parto, deverá ser mantida a TARV no período posterior ao parto, independentemente da quantidade de LT-CD4 e do estado clínico da paciente (BRASIL, 2015 B).

2.10.3 Amamentação

Apesar da amamentação ser vista pelos indivíduos da sociedade em geral, como um processo natural e quase que obrigatório, esse ato foge da realidade de uma gestante soropositiva. O aleitamento realizado por essas gestantes é contraindicado e é necessário que se introduza uma alimentação artificial ao recém-nascido (SANTOS; OKASAKI, 2012).

Mesmo que se acredite que é durante a amamentação que se cria e se fortalece o laço afetivo mãe e filho, para essas gestantes esse laço é estabelecido através da realização de carinhos e demonstração de afeto mesmo que a alimentação aconteça de maneira artificial. Durante a oferta de mamadeira, os laços de carinho e afetividade são criados (BRASIL; 2006).

Apesar dos números de transmissão do HIV pelo leite materno seja pequena, a amamentação não é recomendada, exceto em locais onde o número de mortalidade infantil é elevado por desnutrição, como na África por exemplo. Nesses locais, a amamentação pela mãe HIV positiva é recomendada, até porque o acesso a água potável e alimentação artificial para recém-nascidos é de difícil acesso. No Brasil, as fórmulas infantis são disponibilizadas pelo ministério da saúde a todos os filhos de gestantes soropositivas (FELDMANN et al., 2012).

Uma vez que a mãe seja soropositiva, tendo ou não tendo recebido terapia antirretroviral durante a gestação e mesmo que seus níveis de infecção estejam totalmente controlados, a amamentação no Brasil não é recomendada, pois o risco de transmissão mesmo que ínfimo, existe. É importante que ainda na sua estadia na maternidade a gestante receba

apoio e suporte para que se a de que a sua condição e inicie procedimento para interromper a lactação (BRASIL, 2013).

Ainda que para a segurança do bebê, o ato de não amamentar gera grande desconforto nas mães, entretanto, com uma correta orientação e apoio, o processo se torna mais tranquilo e menos traumático. Quaisquer alterações identificadas ainda na unidade hospitalar, devem ser consideradas e corretamente abordadas (FELDMANN et al., 2012).

Logo após o parto deverá se realizar o mais breve a inibição farmacológica de lactação, em que se utiliza cabergolina, dois comprimidos de 0,5mg VO (1mg VO em dose única) no período anterior a alta da maternidade. A cabergolina possui inúmeras vantagens com relação a outros fármacos devido a sua comodidade posológica e infrequentes efeitos colaterais, principalmente relacionado ao estômago. Caso haja caso de lactação rebote, muito pouco frequente, poderá se realizar novamente a administração do medicamento inibidor ((BRAGA CARTAXO, 2013).

O enfaixamento das mamas somente deverá ser realizado caso não haja a administração de fármacos que inibam a lactação, pois caso haja na unidade a cabergolina está deverá ser oferecida em período oportuno. O enfaixamento consiste na compressão mamária com atadura, logo após o parto, seja cesárea ou até mesmo parto normal, porém deverá ter extremo cuidado para que os movimentos respiratórios da puérpera não fiquem restritos ou cause desconforto materno. Tem por recomendação o enfaixamento por período de dez dias, onde se deve evitar o manuseio e a estimulação mamária. A adesão a esta opção é reduzida, especialmente em países e regiões onde o clima é quente e árido, sua veracidade é questionável (SANTOS, 2010).

2.10.4 Cuidados Antes Da Alta

Com a intenção de fortalecer o vínculo da mãe e filho, a mãe poderá estar em alojamento conjunto com o RN, os dois deverão passar por avaliações constantes, ponderando a possibilidade da ocorrência de eventos adversos aos ARV que foram utilizados pela mãe (BRAGA CARTAXO, 2013).

Realizar anotações referentes a alta do RN referentes ao pré-natal, como foi realizado e condições do nascimento, o período de uso do AZT injetável na mãe, o momento que ocorreu o início do AZT em xarope e da nevirapina, além do tipo de alimentos oferecidos à criança, medidas antropométricas e informações importantes com relação ao parto. Estas informações deverão ficar à disposição da unidade básica de saúde (UBS) e do serviço de assistência especializada (SAE) que realizarão o acompanhamento da puérpera e da criança. A

puérpera e a criança, ao sair da maternidade já deverão estar com consulta agendada para o SAE, estas deverão ser monitoradas pelo SAE, a data da primeira consulta necessitará ser realizada em 15 dias após o parto, com preferência que seja na primeira semana do nascimento (BRASIL, 2018).

É necessário realizar notificação referente a criança exposta ao HIV enviando-as ao núcleo de epidemiologia responsável. As crianças que foram expostas ao vírus HIV deverão ter atendimento no SAE e também na Unidade Básica de Saúde. As crianças que tiveram diagnóstico confirmado para o HIV devem permanecer aos cuidados destas duas unidades, entretanto as crianças que foram expostas ao vírus, porém não adquiriram a patologia poderão somente realizar acompanhamento na UBS (BRASIL, 2013 A).

As crianças tendem a desenvolver mais infecções bacteriana com quadros clínicos mais acentuados quando comparados a crianças que não tiveram contato e a exposição com o vírus HIV. Na gestação a redução dos níveis de anticorpos da mãe, pela transferência por via placentária e a alimentação por fórmula e não por leite materno por mães soropositivas demonstram as peculiaridades destes grupos de nascimento (BRASIL, 2018).

2.11 Cuidados com o recém-nascido

Os procedimentos e atividades recomendadas no período do parto têm a finalidade de evitar ao máximo possível o contato do RN com secreções e sangue materno a fim de que o mesmo não seja infectado pelo HIV, a sequência poderá ser de várias maneiras, mediante as condições de nascimento (SANTOS, 2010).

Na realização do parto quando há possibilidade de realizar parto empelado, deve-se clampar de imediato o cordão umbilical, não deverá ser realizado ordenha. No interior da sala de parto realizar brevemente o banho, se possível utilizar torneira, chuveirinho ou outra opção onde a água seja corrente. Deve-se realizar limpeza de sangue ou secreções que sejam visíveis no RN com uso de compressas macias tendo a delicadeza para não lesionar a pele da criança, assim impedindo uma possível contaminação. Realizar aspiração das vias aéreas do RN com cuidado e delicadeza, para que não haja traumatismo em mucosas (FARIA, 2010).

Deve-se realizar aspiração do conteúdo gástrico do RN de líquido amniótico, com uso de sonda oral, mas tendo cuidado com traumatismo. Caso verifique a presença de sangue, deverá ser realizada lavagem com soro fisiológico na região gástrica. Colocar o RN próximo a mãe quando possível, posteriormente realizar a primeira dose da zidovudina em solução oral, com preferência no interior da sala de parto depois dos cuidados imediatos, porém não pode exceder o período de 4 horas para sua administração (BRASIL, 2018).

Quando possuir indicação, realizar a administração do medicamento nevirapina no período anterior as 48 horas de nascimento, o mais rápido possível preferencialmente. Orientar novamente a puérpera a respeito da amamentação e realizar a inibição da lactação através do medicamento cabergolina, orientando-a a realizar substituição do leite materno pela fórmula láctea pelo período mínimo de seis meses e informando que é contraindicado o aleitamento misto (BRASIL, 2015 A).

Na substituição poderá ser usado leite materno humano pasteurizado que pode ser adquirido em banco de leite que possua credenciamento pelo Ministério da Saúde (MS). O aleitamento cruzado por outra mulher ou o uso de leite humano com pasteurização no domicílio estão contra-indicados. Se de alguma forma for verificado que a puérpera está realizando o aleitamento materno, solicitar que a mesma suspenda de imediato e continue a solicitar exames para identificar a carga viral do RN (FARIA, 2010).

2.11.1 Profilaxia antirretroviral ao recém-nascido

A escolha pela melhor opção profilática para o bebê exposto ao vírus HIV dependerá do fato de a gestante ter, ou não, recebido terapia antirretroviral durante a gestação e de acordo com as condições clínicas do recém-nascido imediatamente após o parto (BRASIL, 2013 A).

Em casos onde o recém-nascido seja filho de uma mulher que recebeu terapia antirretroviral a opção terapêutica é o uso do AZT (via oral), a posologia de AVR para RN com 35 semanas gestacionais ou até mesmo maior idade gestacional possui indicação de 4mg/ kg/dose de 12/12h. Em RN de 30 a 35 semanas gestacionais tem indicação de 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias ininterruptos e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia. E em RN com idade gestacional menor que 30 semanas é indicado 2mg/kg/ dose de 12/12h nascimento (BRASIL, 2018).

Já em situações em que o recém-nascido seja filho de uma mãe que não recebeu tratamento antirretroviral, a medida profilática de escolha será adequada a carga viral da gestante. Se a mãe estiver com carga viral de menor de 1.000 cópias/ mL no 3º trimestre, ou utilizou AVR no período gestacional, contudo apresentou carga viral desconhecida superior a 1.000 cópias/mL no 3º trimestre, ou puérperas com IST, ou parturientes que apresentaram resultado reagente no parto, os RNs destas deverão utilizar os AVR para que não haja transmissão vertical do vírus HIV (BRASIL, 2017).

Tem por indicação para estes RNs o uso de AZT (VO) com associação de NVP (VO). Já a posologia de ARV para estes RNs de mães que não utilizaram AVR continua o

mesmo esquema dos que a mães realizaram uso de AVR com relação as semanas gestacionais, porém possui algumas peculiaridades a mais somente respeito ao peso do RN e dose. (BRASIL, 2018)

No caso de RN que nasceu pesando mais que 2 kg, tem indicação de 12mg/dose (1,2mL), RN que nasceu pesando entre 1,5 a 2 kg tem indicação de 8mg/dose (0,8mL), e RN que nasceu pesando menos que 1,5kg tem indicação de não usar NVP. A primeira dose deverá ser realizada nas primeiras 48 horas de vida, a segunda dose 48horas após a segunda dose e a terceira dose após 96 horas da segunda dose (BRASIL, 2017).

2.11.2 Acompanhamento do recém-nascido

O acompanhamento deve ser mensal nos primeiros seis meses e no mínimo, bimestral a partir do 1º ano de vida. A avaliação do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar déficits. Os gráficos de crescimento e a tabela de desenvolvimento constam na Caderneta de Saúde da Criança do MS. O reconhecimento precoce e o tratamento de possíveis infecções devem ser considerados prioritários no atendimento dessas crianças, sugerindo-se que tal abordagem seja incluída ainda na maternidade e nas consultas subsequentes (BRASIL, 2017).

A monitorização e o acompanhamento da criança exposta ao HIV no período gestacional deverão ocorrer mensalmente nos primeiros seis meses e a partir do primeiro ano de vida bimestral no mínimo. Precisar ser verificado e avaliado as condições físicas de desenvolvimento e crescimento que são de extrema importância, tendo em vista que as crianças que foram infectadas poderão apresentar alguns problemas como déficits nos primeiros meses de vida. Deverá realizar monitorização através da caderneta de saúde da criança através dos gráficos (BRASIL, 2018).

O precoce reconhecimento e o tratamento das possíveis infecções que poderão surgir, devem ser considerados de extrema importância e prioridade em seu atendimento, esta abordagem deve iniciar na maternidade. Ao RN todas as vacinas do Plano Nacional de Imunização poderão ser administradas tendo em vista a idade cronológica adequada para a vacinação (BRASIL, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O vírus HIV identificado na década de 80 nos Estados Unidos tem sido um grande agravo na atualidade, mesmo com a grande repercussão devido aos agravos que este ocasiona ao sistema imunológico e apreensão da classe governamental com desenvolvimentos de terapias medicamentosas e métodos diagnósticos e o incentivo a programas de orientações e educação continuada no intuito de reduzir a transmissão do vírus.

Quando se fala em transmissão uma grande preocupação do sistema de saúde em geral é em relação à contaminação ou transmissão vertical do HIV. Para que a transmissão vertical do HIV seja evitada uma série de atividades são importantes; o diagnóstico precoce da doença a realização do tratamento adequado o efetivo acompanhamento gestacional além de uma série de recomendações no que tange o trabalho de parto, pós-parto, e os cuidados imediatos com o recém-nascido e acompanhamento do mesmo.

É recomendado que o diagnóstico do HIV ocorra ainda nas primeiras semanas de gestação, por isso, é de total importância a padronização do atendimento e acolhimento pré-natal, a solicitação de exames sorológicos laboratoriais para a detecção do HIV é rotina na atenção básica, contudo é recomendada sempre que possível a realização de teste rápido antes mesmo da avaliação laboratorial.

Uma vez que seja diagnosticado a infecção, é necessário que se estabeleça uma rotina de acompanhamento a gestante, com a realização de dosagem sorológica de rotina, de modo a avaliar a sua carga viral, a administração de terapia antirretroviral bem como a adesão do tratamento pela gestante.

Algumas indicações no que tange o trabalho de parto são fundamentais para o sucesso da prevenção da transmissão vertical do vírus. O parto vaginal deve ser contra indicado porém quando não houver possibilidade ou tempo hábil para impedir o nascimento do bebê por via vaginal, é recomendado que não se realize episiorafia, que não se utilize de

Instrumento para extração fetal e ainda que se evite ao máximo o contato do recém-nascido com as secreções vaginais e sangue materno.

Ainda com relação ao trabalho de parto, é recomendado que o nascimento do bebê aconteça sempre por meio de cesariana eletiva, é importante ainda que a paciente não apresente ruptura de membrana e o bebê possa ser extraído de modo empelicado.

Além disso no que tange a gestante durante a construção deste trabalho, pode-se observar algumas recomendações específicas como, o cuidado em não se realizar a amamentação, pois apesar do risco de contaminação através do leite materno ser consideravelmente baixo, ele existe e deve ser evitado.

Quanto ao recém-nascido as recomendações mais importantes que se pode encontrar, são as que tangem a higienização do bebê de maneira sistemática e abrangente logo após o nascimento, de modo que, se faça a retirada de qualquer secreção ou material contaminante que possa estar alojado na superfície corporal do mesmo, ainda no momento do parto, é recomendado que se realize a aspiração das vias aéreas e do conteúdo gástrico do recém-nascido, e a recomendação a respeito da importância de se administrar a terapia antirretroviral por via oral ainda nas primeiras horas de vida.

Através do presente trabalho foi possível concluir que para se evitar a transmissão vertical do HIV, é importante que todas as recomendações existentes sejam seguidas durante o período gestacional, parto e acompanhamento pós-parto, pois a contaminação do recém-nascido filho de uma mãe HIV positivo pode se dar nas mais diversas fases de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- Acadêmico.** Revista brasileira de educação médica, 36 (2) : 197-203; 2012.
- ARAÚJO, Maria Alix Leite, et al. **Gestantes portadoras do hiv: enfrentamento e percepção de uma nova realidade.** Cienc.cuid.saude 7(2):216-223, 2008.
- ARAÚJO, Maria Alixet Leite al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, 2012.
- BALESTIERI, Filomena Maria Perrella. **Imunologia.** Barueri-SP; Manoele, 2006.
- BARROSO, Lèa Maria Moura; GALVÃO, Marli Teresinha. **Avaliação do atendimento dos profissionais da enfermagem a gestantes portadoras do HIV.** Texto Contexto Enfermagem; Florianópolis:16(3): 463:9, 2007.
- BOGLIOLO, Luigi, Bogliolo, **Patologia.** 8º edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BOGLIOLO, Luigi. **Patologia Geral**, 5º ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013.
- BRAGA CARTAXO, Charmênia Maria et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 3, 2013.
- BRASIL, Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Caderno de atenção básica, atenção ao pré natal de baixo risco**, 2012, Brasília.
- BRASIL, Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Adolescentes, Crianças HIV/AIDS, 2018, Brasília.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, **Boletim Epidemiológico HIV, AIDS**, Brasília-DF; 2016.
- Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**, 2015 Brasília A
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids, Hepatites e outras DST's.** Caderno de Atenção Básica; n° 18; Brasília-DF; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília; 2013 A.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia de Tratamento: Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapias Antirretrovirais em Gestantes.** Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília; Dezembro de 2015 B

BRASIL; Ministério da Saúde; **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV sífilis e hepatites virais**; Brasília; 2017

BRASIL; Ministério da Saúde; **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para para manejo da infecção HIV em crianças e adolescentes**; Brasília; 2018

BRASIL; Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em saúde; Departamento DST, Aids e Hepatites Virais; Manual técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV; Brasília; Dezembro de 2013 B

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SWASCWARD, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Sociedade Brasileira de medicina; 34(2):207:217, 2010.

DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria; BEITUNE, PatriciaEl. **Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1**, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, vol.22, n.11, Rio de Janeiro,(11): 698-705,2005.

FARIA,EveliseRigoni de; PICCININI, Cesar Augusto. **Maternidade no Contexto do HIV/Aids: Gestação e Terceiro Mês de Vida do bebê**. Estudos de psicologia. Campinas: 27(2): 147-159, 2010.

FELDMANN, Kátia mariaDenijké, et al. **Como Proceder Quando uma Gestante HIV Positivo Omite Seu Status ao Parceiro Sexual?**.FEMINA;vol. 40, n° 6.2012.

FORATINI, Osvaldo Paulo. **AIDS e sua origem**. Revista de saúde publica, 27(3):153-4, 1993.

GIL, AntonioCarlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5.ed. São Paulo:Editora Atlas, 2010.

KUMAR, Vinay, etal. **Robbins: Patologia básica**. Rio de Janeiro:Elsevier, 2013.

LORENZI, Júlio Cesar Cetrulo; LORENZI, Valéria Cintra Barbosa; ZANETTE, Dalila Lucíola. **Linfócitos T CD4+ e a Resposta Imune**.ScireSalutis; Aquidabã, vol. 2; n 1; 2011.

MARTINEZ, Juliana, etal. **O papel da placenta na transmissão vertical do HIV-1**. Medicina, Ribeirão Preto Online, 2016, 49(1):80-85.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende. **Obstetricia Fundamental**. 12° edição,Revista atual, Rio de Janeiro:Guaabara Koogan,2013

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende. **Obstetricia Fundamental**. 13° edição,Revista atual, Rio de Janeiro:Guaabara Koogan,2016

MORITA, Ione, et al. **Origem do Conhecimento sobre HIV/Aids: entre o Pessoal e o Acadêmico.** *Revista brasileira de educação médica*, 36 (2) : 197-203; 2012

MOURA, Edilene Lins de; PRAÇA, Neide de Souza. **Transmissão Vertical do HIV: Expectativas e Ações da Gestante Soropositiva.** *Rev. Latino Americana de Enfermagem*; 14(3): 405-13, 2007.

MURTA; Genilda Ferreira. **Saberes e Práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem.** 7.ed. São Caetano do Sul-SP: Difusão editora, 2012.

ORSHAN, Susan A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida.** Porto Alegre, Artmed, 2010.

PEREIRA, Fabiani Weiss; et al.; Atendimento em Gestantes HIV em Centros de Testagem e Aconselhamento na perspectiva dos Profissionais; ver. *Enfermagem UFSM* 2012; mai/ago 2(2): 232-241.

PINTO, Agnes Caroline, et al. **Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos.** *J bras Doenças Sex Transm*:19(1): 45-50,2007.

REGO, José Dias. **Aleitamento Materno**; 2 edição, São Paulo: Atheneu, 2009

RICCI. Susan Scott. **Enfermagem Materna- Neonatal e Saúde da Mulher.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIGONI, Evelise; PEREIRA, Elena O'Donnell da Silva; CARVALHO, Fernanda Torres de; PICCININI, César Augusto; Sentimentos de Mães portadoras de HIV/Aids em Relação ao Tratamento Preventivo do Bebê; *Psico-USF*; v.13, n° 1, p.75-83, jan/jun. 2008.

SANTOS, Carlos José Guirdicesdos. **Metodologia Científica.** Oficina de Pesquisa, São Paulo, 2010.

SANTOS, Eliane Ferreira dos; OKAZAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim. **Assistência de Enfermagem á Gestante Soropositiva para o HIV.** *Rev. Enfermagem UNISA*; 13(1):33-6, 2012.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos et al . Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 19, n. 3, p. 257-269, set. 2010 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 maio 2018.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da; SILVA, Alexandro do vale; MACHADO, Wyarlenn Divino. **Assistência de Enfermagem a uma Gestante HIV soropositiva: Cuidados para os Riscos e Complicações Durante o período Perinatal.** *Essentia*; Sobral; vol. 14, n° 2; p. 63-80, 2013.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. **Fisiologia Humana: uma abordagem integrada.** 5° ed. Porto Alegre; Artmed, 2010.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância; Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município, 2008

VIEIRA, Mariana, PADILHA, Maria, SANTOS, EvangueliaKotziasAtherino. **Histórias de vida – mãe e filho soropositivo para o HIV.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 18(1): 33-40, 2009.