

AÇÕES DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

NURSE'S ACTIONS IN THE CAUTION OF VERTICAL TRANSMISSION OF HIV

Érika de Souza Lourenço¹, Sonia Cristina Bonilha¹, Lisiane Cristina Schwantes²

¹ Graduandas em enfermagem pela Universidade Ibirapuera (UNIB), São Paulo, SP, Brasil. erika.souza.enf@hotmail.com sonibonilha@hotmail.com

²Mestre em Saúde Materno-Infantil - Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil. libasc@uol.com.br

Palavras-chave: HIV, transmissão vertical, enfermagem, gestante

Keywords: HIV; vertical transmission; nursing; pregnant

Descriptores: HIV, transmisión vertical, enfermero, gestante

RESUMO

Com o intuito de diminuir as taxas crescentes da infecção pelo HIV por Transmissão Vertical, o referido estudo objetivou a identificação de possíveis ações do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical do HIV. Utilizou-se o método de revisão bibliográfica, com análise descritiva, não sistemática. O enfermeiro pode atuar em diferentes segmentos do cuidado, da orientação e do apoio à gestante/puérpera, como consultas de enfermagem no pré-natal, aconselhamento pré e pós-teste do HIV, notificação compulsória, orientações quanto à medicação, à inibição da lactação e ao enfaixamento mamário, busca ativa para que o binômio continue o tratamento, amenizando o risco de TV. Concluiu-se que não ocorre atendimento satisfatório a essa gestante/puérpera, por falta de engajamento e de conhecimento científico e excesso de trabalho por parte do enfermeiro, necessitando que se tenha uma maior conscientização sobre a humanização do atendimento prestado a essas gestantes/puérperas.

ABSTRACT

In order to reduce the growing rates of HIV infection by Vertical Transmission, the above-mentioned study has aimed at identifying the nurse practitioner's possible actions in the prevention of vertical transmission of HIV. The Literature Review Methodology has been applied using descriptive analysis, not systematic. The nurse practitioner can work in different segments of the care, guidance and support to pregnant women in prenatal appointment, pre and post counseling for HIV testing, compulsory notification, guidelines on medication, the inhibition of lactation and breast band, active search for the binomial continual treatment, minimizing the risk of TV. It has been concluded that there is not a satisfactory practice due to the nurse practitioner's lack of commitment, scientific knowledge, and overwork. Therefore, a greater awareness of the care practiced to these pregnant women is required.

RESUMEN

Con el intuito de disminuir las tasas crecientes de infección del HIV por la Transmisión Vertical, o referido estudio objetivase en la identificación de posibles acciones del enfermero en la prevención de la transmisión vertical del HIV. Utilizase el método de revisión bibliográfica, con el análisis descriptivo, no sistemática. O enfermero pode actuar en diferentes seguimientos de cuidado, da orientação e del apoyo a gestante/puérpera, como consultas de enfermería en el pre-natal, consejo pre e pos teste del HIV, notificación compulsoria, orientación cuanto a medicación, a inhibición de lactación y vendaje de mama, busca activa para que el binomio continúe el tratamiento, amenizando el risco de TV. Concluyese que no ocurre atendimento satisfactorio a esa gestante/puérpera por la falta de compromiso científico y el exceso de trabajo por parte de enfermero, necesitando que se tenga una mayor concientización sobre la humanización del atendimento prestado a esa gestante/puérpera.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) acomete cerca de 42 milhões de pessoas, tornou-se uma pandemia e, como tal, gera sérios problemas de

saúde pública, com alta taxa de morbi-mortalidade, com repercussão crescente em mulheres em idade fértil (cerca de 18 milhões de mulheres) e, conseqüentemente, um aumento na taxa de Transmissão Vertical (TV). Estima-se que mais de 700.000 crianças tenham contraído o HIV por Transmissão Vertical (TV) no mundo, durante o parto, pós-parto ou por via da lactação materna (Amaro, 2005; Barroso et al., 2005).

Surgiu no Brasil na década de 80, como uma epidemia, que acometia determinados grupos de risco, compostos por homossexuais, bissexuais, hemofílicos, receptores de sangue e seus derivados, pessoas com grande rotatividade de parceiros e usuários de drogas (Feliciano, 2003; Moura, 2006).

Em meados de 1983, foram notificados os primeiros casos de AIDS em mulheres, modificando assim esse quadro epidemiológico, tendo como forma predominante de transmissão a heterossexual. Essas mulheres infectadas, em sua maioria, encontravam-se em idade reprodutiva, acarretando assim a possibilidade da TV (Amaro, 2005; Moura, 2006; Piot, 2008).

A transmissão para crianças por transfusão de sangue ou hemoderivados e uso de drogas (em adolescentes) ocorre em 20% a 25% dos casos, e a grande maioria ocorre por TV, que hoje representa cerca de 75% a 80% de todas as crianças infectadas menores de 13 anos. A transmissão pode ocorrer em qualquer momento entre o ciclo gravídico-puerperal; sabe-se que durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito se dá a maior taxa de TV de HIV (60% a 65%), e o restante ocorre no período intra-uterino (35% a 40%), principalmente nas últimas semanas de gestação, e pelo aleitamento materno (Amaral et al., 2007; Barroso, 2007; Rasmussen, 2008).

Existem fatores que se associam e aumentam as chances de transmissão materno-infantil do HIV, destacando-se viremia materna elevada, doença materna avançada, tipo de parto, aleitamento materno, corioamnionites, ruptura prematura da placenta, ruptura das membranas por mais de 4 horas, concomitâncias de DST (principalmente o HPV), realização de procedimento invasivo, excesso de toques vaginais (Azevedo, 2001; Piot, 2008; Rasmussen, 2008; Roig, 2007).

Em 1996, o Ministério da Saúde preconizou o uso de zidovudina (AZT), sendo comprovado que o mesmo reduz o número de carga viral de HIV no sangue materno e conseqüentemente diminui o número de TV, segundo o protocolo ACTG (*Aids Clinical*

Trials Group) 076, criado por uma equipe multicêntrica, conduzido em vários países e publicado em 1994 (Azevedo, 2001; Barroso, 2005; Rasmussen, 2008; Roig, 2007).

São de fundamental importância as ações do enfermeiro na prevenção da TV do HIV, como demonstram os estudos, pois, a partir de uma consulta, um pré-natal e uma orientação bem feita, é possível diminuir em quantidade o número de crianças infectadas por TV.

OBJETIVO

Identificar possíveis ações do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical do HIV.

MÉTODO

O referido estudo trata-se de um levantamento bibliográfico, com análise descritiva, não sistemática, nas bases de dados LILACS, DEDALUS e MEDLINE, utilizando as palavras-chave HIV, transmissão vertical, enfermagem, gestante. Na primeira busca efetuada, foram encontrados 48 artigos, sendo selecionados 21 artigos após análise dos mesmos, que apresentavam maior aderência ao tema e publicação em período menor que 10 anos. Esses artigos foram publicados entre 2000 e 2008, em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Dos artigos pesquisados, em um total de 21 artigos, as áreas do conhecimento que mais se destacaram foram medicina (47%) e enfermagem (53%). Os artigos pesquisados foram produzidos, em sua grande maioria (85%), por instituições públicas de ensino superior, 10% por profissionais já formados e 5% por instituições internacionais. Em relação ao tipo de estudos, 65% foram de natureza qualitativa e 35% de natureza quantitativa.

O Ministério da Saúde, desde 1995, prioriza a gestação como o melhor momento para a detecção do HIV, quando a mulher com suspeita de gravidez procura

os serviços de saúde. Tal importância se dá visto que a precocidade do conhecimento do estado sorológico da gestante possibilita intervenções sobre uma possível TV (Feliciano, 2003; Moura, 2006).

Um dos primeiros procedimentos a ser realizado é o teste sorológico, o qual é oferecido a todas as gestantes, mediante seu consentimento, junto com outros exames de rotina do pré-natal. Cabe ao profissional o Aconselhamento Pré-Teste, onde será explicado o que pode acarretar um resultado positivo, o significado do exame, ser portador do vírus, conseqüências para o bebê e o que pode favorecer as intervenções que vão diminuir a TV (Khoury, 2005; Moura, 2006; Vaz, 2002).

É necessário que se faça o Aconselhamento Pós-Teste para resultados negativos, e que o mesmo seja refeito nas próximas gestações. Em caso de resultado positivo, é necessário avaliar duas amostras de sangue em datas diferentes e por métodos diferentes e encaminhar a gestante para o acompanhamento, onde será explicada a importância da necessidade de tratamento anti-retroviral e para avaliar a função imune. O que se percebe é que após o aconselhamento pré e pós-teste as mulheres aparentam estar mais informadas sobre as conseqüências da soropositividade para o bebê. É um dever do profissional de saúde prestar esse aconselhamento (Nishimoto, 2005; Piot, 2008; Vaz, 2002).

Para uma ação adequada, de acordo com o previsto pelo Ministério da Saúde, os profissionais devem dar início às recomendações para redução da TV; essas gestantes e puérperas HIV positivas e crianças expostas devem ser investigadas e notificadas em uma ficha específica, prevista na portaria nº 33 GM/MS, de 14 julho de 2005, cabendo apenas ao enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica realizar essa notificação (Piot, 2008; Khoury, 2005).

Após resultado positivo do exame, é necessária a introdução do AZT. O enfermeiro deve tirar as dúvidas sobre o medicamento, suas reações adversas e a importância do medicamento para que diminua a TV, conseqüentemente diminuindo o risco do feto adquirir o vírus, avaliar periodicamente exames laboratoriais, para detectar possíveis alterações hepáticas e anemia, associadas ao regime terapêutico, e contagem de CD4, determinando a profilaxia das infecções oportunistas. Procedimentos invasivos para a avaliação de maturidade e vitalidade fetal não são indicados, pois poderiam

aumentar o risco da Transmissão Vertical Perinatal (Azevedo, 2001; Feliciano, 2003; Townsend, 2008; Vaz, 2002).

Estudos sugerem que a TV ocorre durante a gestação, parto ou pós-parto, porém o momento exato é desconhecido. A detecção perinatal foi comprovada pelo líquido amniótico, tecidos fetais e placenta, sendo o risco maior no final da gestação e no período intraparto (60-65%). As chances de contaminação da criança aumentam conforme a exposição ao sangue e às secreções maternas, trabalhos de parto prolongados, com manobras invasivas e trabalhosas, ruptura de membranas prévias ao parto por mais de quatro horas, viremia materna elevada, doença materna avançada, tipo de parto, aleitamento materno, corioamnionites, tabagismo e prematuridade, aumentando as probabilidades de risco da TV (Araújo, 2007; Moura, 2006; Nishimoto, 2005; Roig, 2007; Townsend, 2008; Vaz, 2002).

Existe uma variação das taxas de transmissão de HIV em relação ao tempo em que se iniciou a administração do AZT, visto que, quando administrado no período pré-natal tem um índice de 6,1%, quando iniciado no período intraparto, 10%, administrado ao bebê até 48 horas após o parto, 9,3%, após o terceiro dia de vida, 18,4%, e quando não administrado em nenhum momento, 26,6% (Khoury, 2005).

Logo após o nascimento, o cordão umbilical deve ser clampeado imediatamente, o bebê deve ser lavado com água e sabão e a orofaringe deve ser aspirada para retirada das secreções maternas (Khoury, 2005; Nishimoto, 2005).

Desde 1995, o Ministério da Saúde preconizou, para a prevenção da TV, a contra- indicação do aleitamento materno e o aleitamento cruzado, visto que 14% das crianças se infectam durante o puerpério através do aleitamento materno (Araújo, 2007; Khoury, 2005; Nishimoto, 2005; Piot, 2008).

Ações profiláticas, quando realizadas no período do parto e puerpério, reduzem em cerca de 50% a probabilidade de TV do HIV, com o intuito de reduzir a TV materno-infantil ainda no puerpério (Pluciennik, 2003). O Ministério da Saúde faz referência às puérperas infectadas pelo HIV sobre os riscos da transmissão via amamentação e à necessidade de orientá-las a obter e preparar a fórmula infantil e outros alimentos, ou encaminhá-las para um acompanhamento nutricional (Piot, 2008).

Assim, o enfermeiro deve proceder à inibição mecânica, através do enfaixamento mamário com atadura crepe, e administrar inibidor de lactação logo após o parto, orientando a puérpera do procedimento a ser realizado, respeitando a privacidade da puérpera, dando apoio psicológico e orientações. A mama deve ser supervisionada diariamente em suas características com relação à faixa crepe, e deve o

enfermeiro observar se a puérpera está exercendo o uso correto da mesma, dando as orientações necessárias. (Feliciano, 2003; Khoury, 2005; Piot, 2008).

O AZT, solução oral, deve ser administrado ao recém-nascido o mais precocemente possível, preferencialmente nas duas primeiras horas após o nascimento, devendo ser mantido durante as seis primeiras semanas de vida. É importante ressaltar à puérpera, no momento da alta hospitalar, a necessidade e a importância da administração do xarope de AZT, o mais precocemente possível, sendo que 10% dos recém-nascidos saem da maternidade sem receber a solução oral (Araújo, 2007; Nishimoto, 2005; Piot, 2008; Rasmussen, 2008).

É também na alta hospitalar que a puérpera deve receber o agendamento prévio da consulta do RN no SAE (Serviço de Assistência Especializada), sendo assegurado o acompanhamento por pediatra capacitado para crianças expostas verticalmente ao HIV, tornando-se assim primordial o estímulo e entendimento da mãe para aderir ao seguimento do RN, com orientações quanto à realização de exames periódicos para averiguar se houve a transmissão (Piot, 2008; Khoury, 2005).

Faz parte das recomendações para profilaxia da TV do HIV a orientação sobre seguimento puerperal e a procura de um SAE, visto que pode ocorrer um abandono do acompanhamento após o parto; faz-se necessária a estimulação às consultas e o monitoramento das mesmas, quando a mãe deve retornar ao Tratamento Anti-Retroviral (TARV) (Piot, 2008; Khoury, 2005).

QUADRO 1 – Segundo a literatura consultada, com maior aderência ao tema e de autoria de enfermeiros, as ações de enfermagem na prevenção da transmissão vertical do HIV resumem-se em:

Zarifa Khoury (2005)	<ul style="list-style-type: none">- Aconselhamento pré-teste- Oferecimento do teste HIV- Aconselhamento pós-teste- Agendar consulta pré-natal- Busca ativa da gestante- Agendar consulta no Serviço de Atendimento Especializado- Notificação compulsória
-----------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Cordão umbilical clampeado após o nascimento - Lavar o bebê com água e sabão - Oferecer planejamento familiar
M. J. R. Vaz (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar consulta pré-natal - Oferecimento do teste HIV - Aconselhamento pré-teste - Aconselhamento pós-teste - Inibição da lactação
Léa Maria M. Barroso (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecimento do teste HIV - Inibição da lactação - Orientação sobre o preparo da fórmula infantil - Enfaixamento das mamas - Orientação sobre consulta no Serviço de Atendimento Especializado - Orientação sobre onde conseguir a fórmula infantil - Orientação sobre o uso do xarope de AZT
Léa Maria M. Barroso (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento pré-teste - Aconselhamento pós-teste - Orientação sobre preparo da fórmula infantil - Orientação sobre onde conseguir a fórmula infantil - Inibição da lactação - Reforçar a adesão do RN ao uso do xarope de AZT - Notificação compulsória - Agendar consulta no Serviço de Atendimento Especializado

Lilian Mendes Araújo (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento pré-teste - Aconselhamento pós-teste - Orientação sobre o uso do AZT xarope para o RN - Orientar sobre fórmula infantil - Inibição da lactação
-----------------------------	---

De acordo com o quadro apresentado, contendo as orientações dos autores que mais aderiram à temática do estudo, as principais ações apontadas foram aconselhamento pré e pós-teste, inibição da lactação, orientação sobre o uso do xarope AZT para o RN, agendamento da consulta no Serviço de Atendimento Especializado.

Dos seis autores, dois evidenciaram ser de responsabilidade do enfermeiro a notificação compulsória dos casos de HIV positivo em gestantes (Khoury, 2005; Moura, 2006); três autores referem a orientação sobre a fórmula infantil como sendo prática do enfermeiro (Araújo, 2007; Feliciano, 2003, Moura, 2006); dois referem o agendamento do pré-natal (Khoury, 2005; Vaz, 2000); apenas um autor evidenciou a necessidade de clampar o cordão umbilical logo após o nascimento e lavar o RN com água e sabão, da busca ativa e do planejamento familiar como sendo fator de prevenção de uma possível transmissão vertical (Khoury, 2005) .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do controle do HIV ainda ser um desafio para a equipe multiprofissional, não foi encontrada a cura para a pandemia causada pela doença. Atualmente a prevenção é o melhor meio de controlar a propagação da doença e diminuir seus índices de transmissão, a qual ocorre por meio de orientações, intervenções, grupo de apoio e ajuda multiprofissional, tratando essa gestante/puérpera como um todo e não apenas como a doença instalada.

Isso não ocorre efetivamente, como indicam alguns estudos, pela falta de engajamento por parte dos profissionais envolvidos, da instituição com relação à falta de insumos e apoio. Nota-se também uma realidade muito distante dos protocolos e medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) (Piot, 2008; Feliciano, 2003;

Barroso, 2007; Rasmussen, 2008; Azevedo, 2001; Vaz, 2002; Nishimoto, 2005; Pluciennik, 2003).

Ressaltamos a importância de que o profissional exerça o seu papel quanto à orientação, para que a mulher, a partir da sua própria conscientização, consiga visualizar sua vulnerabilidade à doença e sua transmissão, mudando assim suas práticas.

Portanto, cabe ao enfermeiro e a sua equipe uma maior conscientização a respeito da humanização do atendimento prestado, como também um maior comprometimento na prevenção da TV e no cuidado com a gestante/puérpera, realizando uma busca ativa dessas gestantes para a realização do pré-natal, com o intuito de uma detecção precoce, e que no puerpério a mesma seja encaminhada a um ambulatório especializado, para que o binômio dê continuidade ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- Amaral, E; Gomes, FA; Milanez, H; Cecatti, JG; Vilela, MM; Silva, JLP. Implementação oportuna de intervenções para reduzir o transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem sucedida, Rev Panam Salud Publica, 21(6): 357-364, 2007
- Amaro, TA. A questão da mulher e a AIDS: novos olhares e novas tecnologias de prevenção, Saúde e Sociedade, 14(2): 89-99, maio/ago 2005.
- Araújo, LM; Nogueira, LT. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina, Rev. Bras. Enferm., Brasília, 60(4): 396-399, jul/ago 2007
- Azevedo, K M.L. Transmissão Vertical do vírus da Imunodeficiência humana – Como reduzir o risco?, DST – J bras Doenças Sex Transm, 13(6): 49-53, 2001
- Barroso, LMM; Carvalho, CML; Galvão, MTG; Vieira, NFC; Barroso, MGT. Aspectos éticos da interação enfermeiro-puérpera com HIV/AIDS, DST-J bras Doenças Sex Transm, Recife, 17(3): 197-200, 2005.
- Barroso, LMM; Galvão, MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS, Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 16(3):463-469, jul/set 2007.

- Coelho, DF; Motta, MGC. A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana, Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 26(1): 31-41, Abr 2005.
- Farias, JPQ; Franco, A; Santos, KP; Dourado, I; Castro, BG. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Recife, 30(3): 135-141, fev 2008.
- Feliciano, KVO; Kovacs, MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV, Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife, 3(4): 393-400, out/dez 2003.
- Gonzalez N, Ida; et al. Infección por VIH en Cuba por transmisión vertical: Reporte de nueve casos fatales en 10 años. Rev. chil. Infectol, 25(1): 41-48, fev. 2008.
- Khoury, Z; Silveira, OS; Pereira, HVM; Dantas, MSB; Abbate, MC; Mesquita, F. Desafios para controle da transmissão vertical do HIV no Município de São Paulo. JBA, São Paulo,6(2): 45-92, mar/ abr 2005.
- Moura, EL; Praça, NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva, Rev Latino-am Enfermagem, 14(3): 405-413 maio/jun 2006.
- Nishimoto, MI; Neto, JE; Rozman, MA . Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. Rev. Assoc Méd Brás, 51(1): 54-60, 2005.
- Piot P; et al. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention, Lancet, 372(9641): 845-859, 2008 sep.
- Pluciennik, AMA. Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV: é mais caro identificar do que tratar a gestante soropositiva, Rev Assoc Méd Bras, 49(1): 1-23, maio/jun 2003.
- Rasmussen MB; et al. Prevention of vertical transmission of HIV in Denmark, Ugeskr Laeger;170(34):2567-2570, 2008 Aug.
- Roig, AT; et al. Tratamiento de la gestante seropositiva al VIH y prevención de la transmisión vertical. Rev Cubana Obstet, 33(1), 2007 abr.

- Townsend CL; et al. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006, *AIDS*, 22(8):973-981, 2008 May.
- Vasconcelos, ALR; Hamann, EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/ parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5(4): 483-492, out/ dez 2005.
- Vaz, MJR; Barros, SMO. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para assistência de enfermagem. *Rev. Latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto,8(2): 41-46, abril 2000.
- Vaz, MJR; Barros, SMO. Gestantes infectadas pelo HIV – Caracterização e Diagnósticos de Enfermagem. *Acta Paul. Enf.*,15(2): 9-17, abr/ jun 2002.