

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNA LÍGIA FERREIRA ALMEIDA

**UTILIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES PARA PROFILAXIA DE
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV**

GOIÂNIA, 2013

BRUNA LÍGIA FERREIRA ALMEIDA

**UTILIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES PARA PROFILAXIA DE
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás em obtenção ao título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de pesquisa: Prevenção, controle e epidemiologia das infecções associadas a cuidados em saúde e das doenças transmissíveis.

Orientadora: Dr^a Janaína Valadares Guimarães.

Coorientadora: Dr^a Ana Karina Marques Salge.

GOIÂNIA, 2013

Este estudo foi desenvolvido junto ao GESMAC (Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, Adolescente e Criança) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e contou com o apoio da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRUNA LÍGIA FERREIRA ALMEIDA

Utilização das recomendações para profilaxia de Transmissão Vertical do HIV

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para Obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Janaína Valadares Guimarães - Presidente

Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Edna Joana Claudio Manrique - Membro Externo

Departamento de Medicina - Pontífica Universidade Católica de Goiás

Prof. Dra. Sandra Maria Brunini de Souza - Membro Interno

Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Márcia Maria de Souza - Membro Suplente

Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Suelene Brito do Nascimento Tavares - Membro Suplente

Faculdade de Farmácia – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico a minha família, que são minha inspiração, minha força e são aqueles que me ensinaram os verdadeiros valores humanos.

Aos meus pais Bruno e Célia, pelo amor incondicional, por acreditarem em meu sonho e se empenharem tanto na minha formação e realização profissional.

Aos meus irmãos Laila e Frederico, pela amizade e estímulo sempre que precisei.

Ao meu futuro marido Elias, por ter sido meu braço direito durante toda essa trajetória, dando-me contínuo apoio, força e por ter respeitado meus desabafos e momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Janaína Valadares Guimarães, por ter caminhado junto comigo neste desafio e por sempre confiar em minha capacidade e me apoiar. Agradeço pela sua paciência e seu jeito carinhoso, o que te torna esse ser humano que me espelho e admiro muito. Você foi uma pessoa fundamental na concretização desse sonho.

A Profa. Dra. Ana Karina Marques Salge, pelas valiosas contribuições na realização desse estudo e pelas palavras certas nos momentos oportunos, sempre me tranquilizando e me dando força.

A Profa. Dra. Sandra Maria Brunini de Souza e Profa. Dra. Marinesia Aparecida Prado, pelas contribuições fundamentais no exame de qualificação desse estudo.

As graduandas Raphayane Souza e Ludmila Fávoro, pelo auxílio na coleta de dados e finalização deste estudo.

A Faculdade de Enfermagem e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, por terem me acolhido tão bem e me proporcionado esse desafio tão importante em minha vida.

A minha amiga e colega de turma Gabriela Camargo, foi um presente ter a conhecido e a ter como amiga, agradeço pelas inúmeras demonstrações de amizade e por ter estado ao meu lado em momentos importantes.

Aos meus colegas de mestrado pela convivência e amizades adquiridas.

Ao meu noivo Elias, pelos concelhos, horas de empenho e auxílio na formatação deste trabalho.

Aos meus amigos e familiares pelas diversas demonstrações de carinho e apoio.

A todos aqueles que, embora não mencionados, colaboraram de alguma forma para a construção deste estudo.

“Deus não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos. Portanto, fazer ou não fazer algo, só depende de nossa vontade e perseverança”

Albert Einstein

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	13
1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo Geral	21
2.2. Objetivos Específicos	21
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	22
3.1. HIV	22
3.2. Transmissão Vertical.....	24
3.3. Medidas Profiláticas de Transmissão Vertical do HIV	26
4. METODOLOGIA	31
4.1. Tipo e local do Estudo.....	31
4.1.1. Caracterização da Instituição	31
4.2. Fonte de dados	33
4.3. População e Amostra	33
4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	34
4.5. Seleção e Amostra	34
4.6. Variáveis do Estudo	34
4.7. Procedimento para coleta dos dados	34
4.8. Aspectos Éticos e Legais	35
4.9. Análise crítica de riscos e benefícios	36
4.10. Análise de Dados	36
4.11. Responsabilidade do Pesquisador e da Instituição	37
5. RESULTADOS	38

Artigo 1.....	39
Artigo 2.....	54
Artigo 3.....	69
6. CONCLUSÕES.....	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES	89
ANEXOS	104

LISTA DE ILUTRAÇÕES

Quadro I	Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo dados de publicação, entre os anos 2006 e 2012. Goiânia, Goiás, 2012.	64
Quadro II	Estudos incluídos na revisão de literatura segundo a avaliação dada aos profissionais de saúde na prevenção da transmissão vertical de HIV, entre os anos de 2006 a 2012. Goiânia, Goiás, 2012.	66
Quadro III	Estudos incluídos na revisão de literatura segundo a visão de profissionais de saúde na prevenção da transmissão vertical de HIV, entre os anos de 2006 a 2012. Goiânia, Goiás, 2012.	69
Quadro IV	Estudos incluídos na revisão de literatura segundo as políticas públicas de saúde na prevenção da transmissão vertical de HIV, entre os anos de 2006 a 2012. Goiânia, Goiás, 2012.	70

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- | | | |
|-----------------|---|----|
| Tabela 1 | Perfil das gestantes HIV positivo, atendidas em um Hospital de referência da cidade de Goiânia, no período de 2006 – 2011. Goiânia, Goiás, 2012. | 43 |
| Tabela 2 | Prevalência dos fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV, baseados nos dados obstétricos de gestantes HIV positivo atendidas em um hospital referência da cidade de Goiânia, no período de 2006 - 2011. Goiânia, Goiás, 2012. | 45 |
| Tabela 3 | Prevalência dos fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV, baseado nos dados comportamentais de gestantes HIV positivo atendidas em um hospital referência da cidade de Goiânia, no período de 2006 – 2011. Goiânia, Goiás, 2012. | 46 |
| Tabela 4 | Prevalência dos fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV baseado nas características clínicas de gestantes HIV positivo atendidas em um hospital referência da cidade de Goiânia, no período de 2006 - 2011. Goiânia, Goiás, 2012. | 47 |

Artigo 2

- | | | |
|-----------------|--|----|
| Tabela 1 | Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV com gestantes HIV positivo durante o pré-natal, parto e puerpério imediato. Goiânia, Goiás, 2012. | 59 |
| Tabela 2 | Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV com | 61 |

recém nascidos expostos ao HIV. Goiânia, Goiás, 2012.

Tabela 3 Medidas adotadas pelos profissionais de saúde para 62
profilaxia de transmissão vertical do HIV durante o pré-
natal, parto e puerpério. Goiânia, Goiás, 2012.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

Aids - Acquired Immune Deficiency Syndrome

ACTG - Aids Clinical Group

AMIU – Aspiração Manual Intra Útero

AZT - Zidovudina

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCIH – Centro de Controle de Infecção Hospitalar

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID – Classificação Internacional de Doenças

CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos

CV – Carga Viral

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HAART - Terapia antirretroviral de alta potência

HIV - Human immunodeficiency virus

IBECS – Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe

MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

OS – Organização Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMTCT – Prevention Mother to Child Transmission

RN – Recém – Nascido

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAME – Serviço de Arquivo Médico

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS – Sistema Único Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV – Transmissão Vertical

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VHC – Vírus da Hepatite C

WHO - World Health Organization

RESUMO

Utilização das recomendações de profilaxia de terapia antirretroviral à transmissão vertical do HIV

Nos últimos anos houve uma mudança do perfil da epidemia do HIV/aids, chamado por feminização da epidemia de HIV, um número crescente de mulheres em todo o mundo estão infectadas, sendo que mulheres e meninas constituem quase metade de todas as pessoas que vivem com vírus. A feminização da epidemia têm numerosas consequências, dentre elas, o aumento do número de crianças infectadas pelo HIV tendo a transmissão vertical como principal via de infecção. Em 2010, o Ministério da saúde criou o manual de Recomendações de profilaxia de transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes e as demais condutas relacionadas a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Assim, o objetivo geral deste estudo foi analisar se as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde como controle da transmissão vertical do HIV estão sendo adotadas por gestantes e profissionais de saúde de uma maternidade pública de Goiânia, Goiás. Pesquisa realizada entre março a maio de 2012, dividida em duas etapas: a primeira trata-se de estudo transversal, que consistiu na análise de 323 prontuários de gestantes HIV positivo atendidas em uma maternidade pública do Estado de Goiás entre os anos de 2006 a 2011, e a segunda trata-se de um estudo transversal envolvendo 25 profissionais atuantes na Maternidade e Centro Obstétrico desta Instituição. Dentre o 323 prontuários analisados, 48,9% das gestantes estavam inseridas na faixa etária entre 25 a 34 anos de idade, 68,7% eram solteiras, 65,6% pardas, 50,5% possuíam tempo de estudo entre 4 a 7 anos e 74,9% não possuíam vínculo empregatício. Foram verificados os principais riscos relacionados à transmissão vertical do HIV nos 323 prontuários analisados. Dos profissionais investigados 76% apresentam conhecimento inadequado sobre o teste anti-HIV na gestantes, 80% desconhecem com que idade gestacional realiza-se a cesárea eletiva, 66% não sabem a dose para ataque do AZT e o tempo utilizado antes do parto, 84% não conhecem qual o método indicado para inibição da lactação. Os dados observados em nosso estudo são preocupantes e evidenciam lacunas existentes na assistência prestada às gestantes HIV positivos e RN expostos, através de informações obtidas que contradizem essa prática.

DESCRITORES: Transmissão vertical de doença, HIV, gestantes, profissionais da saúde.

ABSTRACT

Use The Recommendations of the preventive therapy antiretroviral mother to child transmission of HIV

The feminization of the epidemic have many consequences, among them, the increasing number of HIV-infected children with mother to child transmission as the main route of infection. In 2010, the Ministry of Health created the recommended prophylaxis manual of mother to child HIV transmission and antiretroviral therapy in pregnant women and other behaviors related to prevention of mother to child HIV transmission. The objective of this study was to analyze if the recommendations of the Ministry of Health as control of mother to child HIV transmission are being taken by pregnant women and health professionals of a public maternity hospital in Goiânia. Research conducted between March and May 2012, divided into two stages: cross-sectional study, which consisted in the analysis of medical records of 323 HIV positive pregnant women seen at a public hospital in the State of Goiás between years 2006 to 2011, and second it is cross-sectional study involving 25 professionals working in maternity and obstetric center of this institution. Among the 323 records analyzed, 48.9% of pregnant women were included in the age group between 25 to 34 years old, 68.7% were single, 65.6% brown, 50.5% had study time between 4-7 years and 74.9% were unemployed. We checked the main risks related to mother to child HIV transmission in the 323 analyzed records. Among of the professionals surveyed, 76% have inadequate knowledge about HIV testing in pregnant women, 80% unaware the gestational age in what is realized elective caesarean, 66% do not know the dose to attack AZT and the elapsed time before child-birth, 84% do not know which method is indicated for lactation inhibition. The data observed in our study are alarming and show gaps in care for HIV positive pregnant women and newborns exposed, through information obtained that contradict this practice.

Key words: Mother to child transmission of disease, HIV, Pregnant, Health Professionals.

RESUMEN

Uso de las recomendaciones de la terapia preventiva antirretroviral de la transmisión vertical del HIV

En los últimos años se ha producido un cambio en el perfil de la epidemia del VIH / SIDA llamado para la feminización de la epidemia del VIH, un número cada vez mayor de mujeres en todo el mundo están infectadas, y que las mujeres y las niñas constituyen casi la mitad de las personas que viven con el virus. La feminización de la epidemia tiene muchas consecuencias, entre ellas el aumento del número de niños infectados por VIH con la transmisión vertical como la principal vía de infección. En 2010, el Ministerio de Salud creó el manual de profilaxis recomendada de transmisión vertical del VIH y la terapia antirretroviral en mujeres embarazadas y otros comportamientos relacionados con la prevención de la transmisión vertical del VIH. El objetivo de este estudio fue analizar si las medidas recomendadas por el Ministerio de Salud como el control de la transmisión vertical del VIH se están adoptando las mujeres embarazadas y los profesionales de la salud de una maternidad pública de Goiânia. Una investigación realizada entre marzo y mayo de 2012, dividido en dos etapas: la primera es transversal, que consistió en el análisis de las historias clínicas de 323 mujeres seropositivas embarazadas atendidas en un hospital público en el Estado de Goiás entre los años 2006 a 2011, y la segunda es un estudio transversal que contó con 25 profesionales que trabajan en la maternidad y centro obstétrico de esta institución. Entre los 323 expedientes analizados, el 48,9% de las mujeres embarazadas se incluyeron en el grupo de edad entre 25 a 34 años, el 68,7% eran solteros, el 65,6% de color marrón, el 50,5% tenían estudios de tiempo entre 4-7 años y el 74,9% no tenía empleo. Se verificaron los principales riesgos relacionados con la transmisión vertical del VIH en 323 listas de éxitos. 76% de los profesionales encuestados tienen conocimiento inadecuado de las pruebas del VIH en las mujeres embarazadas, con el 80% desconoce que la edad gestacional se lleva a cabo una cesárea electiva, el 66% no sabe la dosis de AZT para atacar y el tiempo transcurrido antes de la entrega, el 84% no saber qué método es adecuado para la inhibición de la lactancia. Los datos observados en nuestro estudio son preocupantes y muestran brechas en la atención a mujeres VIH positivas embarazadas y los recién nacidos expuestos a través de la información obtenida que contradicen esta práctica.

Descriptor: Transmisión vertical de La enfermedad, HIV, embarazadas, profesionales de la salud.

1. INTRODUÇÃO

Desde seu reconhecimento, no início dos anos 1980, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) se disseminou pelo mundo, tornando-se um dos maiores desafios de saúde pública das três últimas décadas (CHRISTO, 2010).

Desde então muito se descobriu sobre suas formas de transmissão, terapias medicamentosas mais eficazes, marcadores laboratoriais mais precisos e imunogenicidade. Entretanto, ainda é evidente o preconceito que as pessoas sofrem após a realização do diagnóstico (CARVALHO, GALVÃO, 2008).

A doença foi inicialmente marcada pela discriminação por atingir principalmente os chamados “grupos de risco” como os usuários de drogas, hemofílicos e homossexuais. A aids é um problema de saúde importante para homossexuais, pois pode aumentar a susceptibilidade de um indivíduo para adquirir a infecção pelo HIV, mas também o impacto sobre o contágio e a progressão da doença dos que já são HIV-positivo (SANTOS, 2002; LATTIMORE *et al.*, 2011).

Nos últimos anos observa-se uma mudança no perfil da epidemia, chamado por feminização da epidemia de HIV, caracterizado por um número crescente de mulheres infectadas em todo o mundo, sendo que constituem quase metade de todas as pessoas que vivem com HIV/aids. As mulheres jovens entre 15 e 24 anos são duas vezes mais propensas a viver com a doença na população (QUINN, 2005; REMIEN, 2009).

A feminização da epidemia tem numerosas consequências, dentre elas, o aumento do número de crianças infectadas pelo HIV, tendo a transmissão vertical como principal via de infecção (SILVA *et al.*, 2010).

Os principais fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres à infecção são: menor escolaridade, condição socioeconômica menos privilegiada, relacionado à raça, etnia, vida extraconjugal dos parceiros, violência sexual, entre outros (SANTOS *et al.*, 2002; DECKER, 2009). De acordo com o *Centers For Disease Control and Prevention (CDC)* o uso de drogas injetáveis se tornou um fator fundamental da feminização da epidemia em todo o mundo (CDC, 2003).

Dentro desse contexto, e vislumbrando a problemática do aumento do número de mulheres em idade reprodutiva portadoras do HIV, torna-se necessária a utilização de medidas que controlem a crescente transmissão vertical desse vírus.

A transmissão vertical pode ocorrer no período intrauterino, intraparto e após o parto através do aleitamento materno. A maioria dos casos ocorre durante o trabalho de parto e durante o parto (60% - 65%) e o restante (35% - 40%) no período intrauterino, principalmente nas últimas semanas de gestação, em estudo realizado em locais onde as mães não amamentaram seus bebês (NISHIMOTO *et al.*, 2005). A amamentação eleva o risco de transmissão de 7% até 22% por exposição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Desde 1994, decorrente de estudos na área médica foi divulgado o protocolo 076 do *Aids Clinical Group* (ACTG 076), que recomenda o uso da zidovudina (AZT) pela gestante infectada e pelo recém nascido, durante as primeiras semanas de vida, o que reduz aproximadamente em 70% o risco da criança ser infectada (CONNOR, 1994). O que foi considerado um dos principais avanços no conhecimento sobre a aids (SOUZA JR *et al.*, 2004). A taxa de transmissão vertical do HIV, sem intervenção situa-se em torno de 30% e com o uso combinado de determinadas intervenções pode ser reduzida para menos que 1% (CDC, 2003).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids reuniu o Comitê Assessor para Recomendações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, que revisou as Recomendações de Terapia Antirretroviral (TARV) e as demais condutas relacionadas a profilaxia da transmissão vertical do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Em 2010 as Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes foram atualizadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Recomenda-se também a realização do parto por operação cesariana eletiva (realizada antes do início do trabalho de parto, ou seja, com as membranas amnióticas íntegras), para as gestantes com pelo menos 34 semanas de gestação e carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou quando a carga viral (CV) for desconhecida (TESS *et al.*, 2008).

Embora a TARV seja de oferta universal no Brasil, ainda é grande a proporção de gestantes infectadas pelo HIV que não estão sujeitas às ações profiláticas recomendadas pelo Plano Nacional – DST/aids. Grande parte destas

gestantes não tem acesso ao teste de HIV, seja pela sua condição social ou por falhas no sistema de saúde (SOUZA JR *et al.*, 2004).

Tendo em vista as evidências a partir da década de 1980, considera-se de fundamental importância investigar se estão sendo seguidas as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, durante o pré-natal, parto e puerpério das gestantes HIV positivas atendidas em uma Instituição de referência no atendimento materno-infantil integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Goiânia – Goiás.

Acredita-se que os resultados corroborarão como subsídios dessas ações, proporcionando queda dos índices da transmissão vertical do vírus HIV, em mulheres na faixa etária entre 15 e 50 anos, ou seja, no período da procriação, do município de Goiânia – Goiás.

É de extrema importância a atuação do enfermeiro no cuidado à gestante HIV positivo e ao recém - nascido (RN) exposto, pois esse profissional é responsável pelo acompanhamento e cuidado prestado a esse público durante o pré-natal, parto e puerpério, sendo assim o profissional de enfermagem assiste a todo o ciclo passível de ocorrer à transmissão vertical dessa e de outras infecções, passíveis de transmissão vertical.

Enfim, por meio desse estudo torna-se possível o acompanhamento próximo para análise do perfil sócioeconômico e demográfico das gestantes HIV positivas, a avaliação dos aspectos fisiológicos e clínicos dessas gestantes atendidas em Goiânia, além da análise do conhecimento dos profissionais que lidam com as gestantes HIV positivo acerca do tema.

Dessa forma, considera-se essa pesquisa relevante no contexto da enfermagem, pois a preocupação com a transmissão vertical do HIV pode desencadear ações que resultarão na queda do número de crianças portadoras do HIV, decorrente da transmissão vertical, sendo possível cuidar e proteger a saúde da gestante, prevenindo demais patologias causadas por DST como a aids e outras, além de trabalhar com a questão da educação em saúde no que se refere a Saúde da Mulher, DST entre outros temas pertinentes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar se as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde como controle da transmissão vertical do HIV estão sendo adotadas por gestantes e profissionais de saúde de uma maternidade pública de Goiânia, Goiás.

2.2. Objetivos Específicos

- Traçar o perfil sócio demográfico das gestantes HIV positivas;
- Relacionar o perfil das gestantes ao risco de transmissão vertical do HIV;
- Identificar qual a frequência dos principais fatores relacionados ao risco de transmissão vertical durante o pré-natal, parto e puerpério imediato;
- Verificar a adesão da equipe médica e de enfermagem às recomendações de profilaxia da transmissão vertical do HIV;
- Analisar o conhecimento dos profissionais da equipe médica e de enfermagem que lidam com gestantes HIV positivas, sobre as medidas profiláticas do risco de transmissão vertical do HIV.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1. HIV

Nos 30 anos desde que foi reconhecido pela primeira vez no início de 1980, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem propagado-se de forma não homogênea, pois o quadro global é muito variado. Em 1983, o HIV foi identificado como o agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). Trata-se de uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), e consiste em uma epidemia de longa duração, pois onde é mais prevalente, apresenta consequências que serão sentidas por várias gerações (SMITH, WHITESIDE, 2010).

A aids tem se configurado como um dos mais sérios problemas de saúde pública, com alta taxa de morbi-mortalidade, grande tendência de crescimento e propagação em diversos territórios (BARROSO, GALVÃO, 2007).

Segundo Fee e Krieger (1993) a doença foi inicialmente denominada por a doença gay relacionada a imunodeficiência, ou "peste gay". Mesmo com informações mais precisas sobre os modos de transmissão (relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis e transmissão vertical), o medo e o estigma prevaleceram.

No final da década de 1980, pouca atenção internacional ou recursos foram oferecidos. Em 1990 e 1991, apenas 6% da despesa global total para a prevenção do HIV foi destinada aos países em desenvolvimento (SMITH, WHITESIDE; 2010), fato que comprova o descaso das autoridades com o início dessa epidemia.

A epidemia HIV/aids foi posicionada não apenas como um estado de saúde, mas também como uma questão social que exigia atenção política, assim como respostas médicas (FEE, KRIEGER, 1993). De acordo com IRIM (2006) um dos principais pontos do HIV/aids é sua relação com as questões sociais e comportamentais que são muito sensíveis, tais como o comportamento sexual e da sexualidade.

Em 1996 a HAART (Terapia antirretroviral de alta potência) foi apresentada na Conferência Internacional sobre AIDS, em Vancouver, Canadá. A partir daí a aids se transformou em uma doença tratável. Esta abordagem de saúde pública ajudou a conter a epidemia entre os grupos com maior risco, e conhecer, para graus variados, suas necessidades específicas (SMITH, WHITESIDE, 2010), o que prolongou

significativamente o tempo entre a infecção pelo HIV e a progressão para aids e o tempo de morte nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos (BHASKARAN *et al.*, 2008). Diante desse avanço, a epidemia foi posicionada como uma questão mais homogênea, com impactos tanto para os países desenvolvidos quanto para os em desenvolvimento (SMITH, WHITESIDE; 2010).

O Serviço de Saúde Pública e a Sociedade de Doenças Infecciosas da América têm recomendado a incorporação de aconselhamento de prevenção para o cuidado de profissionais de saúde a pacientes infectados pelo HIV, para reduzir comportamentos de risco associados a sua transmissão e a triagem de rotina para doenças sexualmente transmissíveis (CDC, 2003).

Tem sido fundamental os esforços para prevenção do HIV em ambientes de alta e de baixa renda, tradicionalmente focados em reduzir o risco de infecção por HIV entre indivíduos HIV-negativos ou em populações com status sorológico desconhecido, além das preocupações sobre o estigma e os resultados sociais negativos relacionados ao conhecimento do estado sorológico (BUNNELL *et al.*, 2006).

Cerca de 31 a 36 milhões de pessoas no mundo vivem com HIV, das quais 15,7 milhões são mulheres e 2,5 milhões são menores de 15 anos de idade. A epidemia global de HIV/aids entre as mulheres continua a crescer, e as mulheres representam quase metade dessa população (CHOI *et al.*, 2011; CHECHINNI *et al.*, 2011).

O fator preponderante para a feminização da epidemia da aids consiste no fato de que o sexo entre homens e mulheres muitas vezes ocorre em um contexto desigual, isso porque tradicionalmente as mulheres têm menos poder sobre a relação sexual do que os seus parceiros masculinos. De acordo com a Teoria de Gênero e Poder existe a divisão sexual no trabalho, divisão sexual do poder e catexia que consiste na estrutura das normas sociais e vínculos afetivos que impõe normas e papéis tradicionais de gênero para as mulheres e restringe a sexualidade das mulheres de maneira mais rigorosa do que para os homens (AMARO, 1995; CHOI *et al.*, 2011).

De acordo com Choi *et al.* (2011) um dos fatores que agrava a situação para as mulheres é o sexo coagido, que está ligado ao aumento de notificações de sexo desprotegido e reflete a epidemia de violência sexual contra as mulheres, que se tornou um problema de saúde pública.

Manent *et al.* (2011) afirmam que o padrão de transmissão heterossexual é uma tendência para a feminização da epidemia da aids, que está surgindo nas mulheres com baixa escolaridade, desempregadas ou com poucos parceiros sexuais durante suas vidas. Essa informação desempenha um papel importante no perfil epidemiológico de infecção por HIV, como um resultado da dependência econômica das mulheres com seus parceiros sexuais e a falta de poder na negociação do uso do preservativo. O comportamento dos parceiros, é um forte fator de risco para infecção de HIV pelas mulheres.

É importante destacar que a idade precoce da primeira relação sexual coloca os jovens em um grupo exposto a riscos de gravidez indesejada e DST, incluindo aids (KAESTLE *et al.*, 2005).

Por isso há uma necessidade de integração da saúde sexual e planejamento familiar nos cuidados do HIV, devido ao impacto desproporcional da epidemia sobre as mulheres, tanto em termos sociais e como biomédicos. A separação de prevenção e tratamento é capaz de agravar as consequências negativas da doença para as gestantes (REMIEN *et al.*, 2009).

3.2. Transmissão Vertical

A transmissão heterossexual passou a ser a principal fonte de disseminação do HIV, e a que mais tem contribuído para o processo de feminização da epidemia. As mulheres, principalmente na faixa etária reprodutiva, que correspondem aproximadamente 85% das infectadas, têm sido mais acometidas, acarretando aumento da possibilidade de transmissão vertical, que corresponde a transmissão de mãe para filho (ASSUNÇÃO- RAMOS, RAMOS JR, 2009; WHO, 2010).

O principal modo de aquisição do HIV em crianças em todo o mundo é através da transmissão vertical, que pode ocorrer durante a gravidez, parto e/ ou amamentação (HALIMA *et al.*, 2007). Barroso e Galvão (2007) complementam que em razão do crescente número de mulheres infectadas em idade fértil, as crianças vêm constituindo um grupo de risco também crescente para a infecção pelo HIV, com nítido aumento da incidência daquelas nascidas já infectadas.

Alguns fatores têm sido descritos como aqueles que influenciam a transmissão vertical, entre eles incluem: a) variáveis maternas: CV materna elevada, estágio da doença avançado, co-infecções como o vírus da hepatite C (VHC) e tuberculose, ausência de TARV, gestação no início ou tardia ou interrupção da

gestação, concentração viral em fluidos genitais maternos, fatores genéticos, problemas de adesão ao tratamento; b) variáveis obstétricas: corioamnionite, parto vaginal, procedimentos invasivos como a amniocentese, ruptura de membranas por mais de 4 horas e gemelaridade; c) variáveis neonatais: prematuridade, sexo feminino (CHECHINNI *et al.*, 2011; DELICIO *et al.*, 2011).

Halima *et al.* (2007) acrescentam que o leite materno é também uma importante via de transmissão do HIV, e há grande necessidade de desenvolver intervenções que reduzam ou eliminem o risco de transmissão vertical através da amamentação.

O padrão de vigilância em mulheres grávidas infectadas pelo HIV fornece dados importantes sobre as tendências da epidemia e eficácia global das medidas de prevenção, ainda contribui minimamente para a identificação de áreas específicas para melhoria programática (KISSIN *et al.*, 2011).

Na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, de maneira geral, a transmissão vertical do HIV é considerada sob controle, devido às políticas de saúde eficientes que visam o controle dessa transmissão. Porém, a situação varia de um país para outro (NEWELL *et al.*, 2007).

No Brasil, casos de transmissão vertical representam cerca de 95% dos casos de aids em indivíduos menores de 14 anos, esse dado demonstra que apesar de evidenciarem importante redução após a introdução da TARV no país, em algumas áreas, ainda apresentam ritmo acelerado de crescimento (ASSUNÇÃO-RAMOS, RAMOS-JR, 2009).

Muito além do acesso ao pré-natal, é necessário para expandir a qualidade dos serviços de saúde. Incluindo essas questões operacionais, fatores como a pobreza urbana, raça/cor e baixo nível educacional foram identificadas como determinantes na transmissão vertical do HIV, mesmo em áreas mais desenvolvidas do país (MATIDA *et al.*, 2011).

Os futuros esforços para resolver o cenário de crianças infectadas pelo HIV apresentam um número de mudanças relacionados não só a patogênese da infecção, mas também em relação ao manejo de crianças expostas ao HIV ao longo destes anos (MATIDA *et al.*, 2011).

A literatura demonstra claramente que a gestante infectada pelo HIV deve ser encarada como tendo alto risco materno, em virtude da grande probabilidade de intercorrência e óbito materno e/ou fetal. Decorrente disso, a notificação de mulheres

grávidas HIV positivas e crianças expostas ao risco de transmissão do HIV é obrigatória (ASSUNÇÃO- RAMOS, RAMOS-JR, 2009; NEWELL *et al.*, 2007).

Muitas barreiras para a prevenção eficaz pré-natal e perinatal se relacionam com as características comportamentais de gestantes infectadas pelo HIV (por exemplo, a falta de planejamento familiar) ou com a quantidade e a qualidade dos serviços clínicos fornecidos para essas mulheres e seus bebês durante a gravidez, parto e pós-parto (por exemplo, profilaxia anti-retroviral tardia ou inadequada, a falta de monitorização de progressão da doença) (HALIMA *et al.*, 2007).

O número crescente de gestantes infectadas pelo HIV, observadas ao longo dos últimos anos nos alerta para a importância de abordar a questão da transmissão vertical como um grave problema de saúde pública (DELICIO *et al.*, 2011).

3.3. Medidas Profiláticas de Transmissão Vertical do HIV

Na última década, obteve-se sucesso impressionante nos Estados Unidos, Europa e vários outros países ricos em recursos na redução da transmissão vertical do HIV, onde as ações de controle chegou a cobertura satisfatória, com qualidade, a redução de novos casos de crianças infectadas foi substancial. Nestes países, as taxas de transmissão do HIV são, de aproximadamente 2% (HALIMA, 2007; WHO, 2009).

A aplicação da prevenção de transmissão do HIV de mãe para filho e o uso precoce da TARV, são fatores que retardam a progressão da doença na mãe, e é comprovado que o uso de TARV antes da concepção e seu início mais cedo no curso da gravidez é associado com menores taxas de transmissão (MATIDA *et al.*, 2007; TOWNSEND, 2008).

Em relação a transmissão vertical do HIV, o desafio é estender melhorias não apenas em quantidade, mas também na qualidade da saúde. Para tanto, é fundamental o desenvolvimento de ações de prevenção primária e/ou diagnóstico precoce, este último associado a tratamento adequado ou profilaxia no momento do pré-natal, parto ou pós-parto (ASSUNÇÃO- RAMOS, RAMOS-JR, 2009).

Estima-se que sem qualquer intervenção durante a gravidez, parto e lactação, aproximadamente 30% das crianças são infectadas por essa via de transmissão (KOURTIS *et al.*, 2006). É possível a redução de aproximadamente 70% no risco da transmissão vertical com o uso de TARV na gestação, trabalho de parto, parto e nos recém-nascidos alimentados exclusivamente com fórmula infantil.

Intervenções profiláticas executadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A relevância das medidas adequadas se mostraram eficazes na redução da transmissão do HIV nas populações maternas e pediátricas e devem ser enfatizadas. Essas ações devem ser realizadas por uma equipe multidisciplinar treinada. O impacto social e econômico dessas medidas sobre o país é potencialmente significativo (SOEIRO *et al.*, 2011).

Segundo Barroso e Galvão (2007), as medidas profiláticas reduzem o risco da transmissão vertical do HIV durante o parto e puerpério, mas foi observado que a implementação das intervenções enfrenta obstáculos observados e um deficiente monitoramento.

Facilitar e assegurar a acessibilidade dos cuidados pré-natal das mulheres grávidas infectadas com o HIV como parte de uma abordagem interdisciplinar à saúde reprodutiva, deve ser uma prioridade na concepção de estratégias de saúde que visa erradicar a transmissão de mãe para filho da infecção pelo HIV (CECCHINI *et al.*, 2011).

Em 1994, com a publicação dos resultados do protocolo ACTG 076 , tornou-se evidente que a redução significativa na transmissão do HIV de mães infectadas para os seus filhos foi possível através de profilaxia com AZT para gestantes e RN. A constatação do benefício da profilaxia pós-natal com AZT oral, mostrou ser um fator significativo na proteção contra a infecção de HIV neonatal desde o protocolo ACTG 076, o que gerou um avanço importante para a época (CONNOR *et al.*, 1994).

Em 2006, em todo o mundo, menos de 10% da estimativa de mulheres grávidas infectadas pelo HIV receberam TARV para prevenção da transmissão vertical do HIV, devido a isso, no mesmo ano foi criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um *Guideline for Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)*, que trata-se de um guia de prevenção de transmissão vertical em lugares com recursos limitados. Esses cenários têm configurações que estão relacionados ao custo, capacidade laboratorial limitados, medicamentos antirretrovirais que exigem uma reserva, terapia de resgate e segurança (HALIMA *et al.*, 2007; OMS, 2006).

As diretrizes desse Guia recomendam uma abordagem de saúde pública que visa apoiar o desenvolvimento de programas de prevenção da transmissão vertical que podem atingir o máximo de pessoas possível (GILKS *et al.*, 2006).

De acordo com Sripipantana *et al.* (2007) esse programa demonstra que diversas estratégias podem aumentar o acesso e a utilização dos serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV, que incluem testes de HIV, a disponibilização de profilaxia antirretroviral materna no momento do diagnóstico do HIV, proporcionando profilaxia antirretroviral no pré-natal, e oferecendo serviços de Prevenção de Transmissão Vertical do HIV durante o trabalho de parto.

Em 2009, houve uma revisão das recomendações do guia PMTCT do HIV e alimentação infantil, que fornece uma nova oportunidade importante para implementar intervenções altamente eficazes em contextos de recursos limitados, e promover a saúde da mãe e da criança. O objetivo desse documento é definir o compromisso global e dar apoio aos países para expandir o acesso à PMTCT dos serviços de HIV e integrar estes serviços com programas de saúde materna, neonatal, infantil e reprodutiva (OMS, 2010).

Estes programas estabelecem uma base para maior generalização de terapia antirretroviral por profissionais de saúde, incluindo aqueles em saúde materna e infantil, permitindo o diagnóstico laboratorial do HIV, educação e aconselhamento as mulheres sobre HIV, identificação de indivíduos infectados, e educação aos membros da comunidade sobre a prevenção, transmissão e no tratamento do HIV (SPENSLEY, 2009).

Nesse Guia, a WHO lançou novas orientações sobre PMTCT e práticas de alimentação infantil. Se amplamente implementadas, essas diretrizes servirão de base para intervenções mais eficazes de PMTCT em contextos de recursos limitados, além de possibilitar a eliminação do número de novas infecções pediátricas por HIV. Pela primeira vez, a eliminação de transmissão vertical do HIV foi considerado um objetivo real de saúde pública (WHO, 2010).

As taxas de transmissão vertical em crianças menores de um ano filhos de portadoras do HIV encontradas no Brasil, correspondem a proximadamente 18% (DATASUS, 2009) e são superiores às relatadas em estudos publicados na Europa, onde as medidas profiláticas são implementadas no início da gestação (NEWELL *et al.*, 2007).

Devido aos altos índices de transmissão vertical do HIV no Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde criou o Manual de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e TARV em Gestantes, que no ano de 2010 passou por uma revisão. O Manual aborda questões como: testagem anti-HIV no pré-natal; número de consultas pré-natal igual ou superior a seis consultas; não realização de sexo desprotegido durante gestação; status sorológico do parceiro; uso de antirretrovirais pelas gestantes portadoras de HIV durante gestação; realização de exames de carga viral e contagem de linfócitos TCD4; via de parto preferencial ser cesária eletiva; idade gestacional entre 37 a 40 semanas; vacinação materna durante gestação; uso de antirretrovirais; administração de AZT endovenoso na gestante 3 horas anteriores ao parto; administração de AZT oral ao RN até 2 horas de vida; tratamento com AZT oral até 6 semanas de vida; realização de banho em água corrente ao RN na sala de parto; não realização de procedimentos invasivos durante o parto; não permitir rotura das membranas amnióticas; clampeamento do cordão umbilical sem realização de ordenha e contra-indicação do aleitamento materno, entre outras medidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Embora a TARV seja oferecida para todos no Brasil, a proporção de mulheres soropositivas grávidas que não têm acesso às medidas profiláticas recomendadas pelo Ministério da Saúde incluindo a TARV, mantém-se elevada, tanto em função da condição social das mulheres quanto as deficiências no sistema de saúde (SOEIRO *et al.*, 2011).

Análise da experiência brasileira mostra que, em um país com recursos limitados e grandes desigualdades geográficas e sociais, é possível estabelecer um sistema capaz de fornecer acesso gratuito e universal à TARV e diagnóstico da infecção pelo HIV. Para que tais intervenções sejam implementadas, deve-se fortalecer a necessidade de desenvolvimento de ações qualificadas na rede de serviços de atenção básica à saúde do Brasil, com ênfase nas ações de vigilância em saúde (MATIDA *et al.*, 2011; RAMOS JR *et al.*, 2007).

As ações profiláticas relacionadas à transmissão vertical do HIV, permanecem deficientes no que diz respeito à prevenção e cuidados. Isso destaca o fato de que, embora o acesso gratuito à medicação a portadores do HIV esteja disponível no Brasil, e extensos esforços tenham sido mobilizados para promover o

controle da transmissão vertical do HIV, ações adicionais para melhorar a medicação e adesão são necessárias (MANENT *et al.*, 2011).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo e local do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em uma Instituição especializada em saúde materna e infantil, estadual, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Goiânia – Goiás.

4.1.1. Caracterização da Instituição

A Instituição em estudo possui o perfil de centro de referência em nível nacional para atendimento materno – infantil de média e alta complexidade, com atividades ligadas a ensino e pesquisa.

Foi inaugurada em 1972 e atendia somente crianças. No ano de 1977 passou a realizar procedimentos de obstetrícia e a partir de 1984 consolidou-se como referência em pediatria, ginecologia e obstetrícia para a população de Goiás e outros estados brasileiros.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, o Hospital dispõe de Serviço de Urgência/ Emergência Pediátrica e Obstétrica, com atendimento 24 horas por dia. Para tanto dispõe de 169 leitos destinados ao atendimento de saúde a crianças de 0 a 16 anos, mulheres grávidas e não grávidas e vítimas de violência sexual, por meio de encaminhamento ou demanda espontânea.

Os serviços oferecidos à população incluem: ambulatório de pediatria geral; ambulatório de puericultura de alto risco; ambulatório de pediatria; urgência e emergência pediátrica; ambulatório de ginecologia (climatério, esterilidade, ginecologia geral, mastologia, oncologia geral, planejamento familiar, pré-natal e alto risco, etc.); urgência/emergência em ginecologia e obstetrícia; atendimento a vítimas de violência sexual (adulto e infantil); banco de leite humano; unidade de cuidados intermediários neonatais (UCIN); clínica de ginecologia, clínica obstetrícia; clínica de pediatria, sala de observação pediátrica; unidade de tratamento intensivo (UTI) obstétrica; UTI neonatal; UTI pediátrica; centro de referência de imunobiológicos especiais (CRIE); centro de controle de infecção hospitalar (CCIH); fonoaudiologia; fisioterapia; nutrição; psicologia; radiologia; serviço social; ultrassonografia (DATASUS, 2012).

Recentemente a administração era realizada de forma direta pela secretaria de saúde do estado e atualmente é realizada por publicização através de organização social (OS).

A Instituição contempla atividades de ensino e pesquisa, com enfoque nas temáticas: Aspiração Manual Intra-Útero (AMIU); Estudo de apresentação pélvica a termo (patrocinado pela Universidade de Toronto, Canadá); Estudo prospectivo sequencial de aborto induzido; Estudo randomizado sobre nova droga na analgesia do parto normal; Centro de Referência em Medicina Fetal; Centro de Referência para pacientes HIV positivos; Centro de referência para neoplasia trofoblástica gestacional; Comitê de mortalidade materna e neonatal; Grupo de investigação da sífilis congênita; Implantação de serviço do aborto previsto em Lei; Trabalhos científicos realizados em curativos contaminados; Tratamento especializado para pacientes vítimas de eclampsia (DATASUS, 2012).

Também é campo de estudo e trabalho para alunos do programa de residência médica na área de ginecologia e obstetrícia, pediatria e suas subespecialidades, bem como alunos de curso de graduação da área de saúde de Instituições públicas e privadas do estado de Goiás e Tocantins.

Os usuários dessa Instituição têm uma assistência em saúde executada por uma equipe multidisciplinar com profissionais de diferentes categorias, sendo 92 enfermeiros, 227 técnicos de enfermagem, 213 auxiliares de enfermagem, 253 médicos, 19 farmacêuticos, 12 assistentes sociais, 11 psicólogos, 10 biomédicos, 10 fisioterapeutas, 08 fonoaudiólogos, 05 nutricionistas, entre outros (DATASUS, 2012).

É parceira de vários Programas de Atenção a Saúde, como por exemplo: Atendimento às vítimas de violência sexual; Centro de reabilitação de fissura de lábio palatal; Crescimento e desenvolvimento; Fonoaudiologia de alto-risco; Hospital Amigo da Criança; Planejamento familiar; Pesquisas Científicas; Pré-natal de alto risco; Projeto Canguru; Projeto Gestar.

Contempla ainda, sistema de alojamento conjunto com 36 leitos, uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTI neonatal com 08 leitos, e uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal com 26 leitos, sendo estes insuficientes para atender a demanda de usuários do Estado de Goiás e de outros estados como Mato-Grosso, Tocantins e Bahia.

4.2. Fonte de dados

A fonte de informação para esse estudo foi composta pelo prontuário de cada gestante, de onde foram coletados e transcritos em formulário próprio, dados sóciodemográficos (idade, cor, estado civil, escolaridade, ocupação); as doenças de base maternas e a história obstétrica (APÊNDICE A).

As doenças de base maternas foram agrupadas de acordo com os critérios estabelecidos pela 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Além disso, foram aplicados aos profissionais questionários próprios que visaram analisar o conhecimento dos mesmos sobre o tema em estudo.

O questionário abordou questões referentes à formação profissional, tais como: categoria profissional, período de atuação no setor, se já recebeu algum tipo de orientação sobre aconselhamento para clientes HIV positivo e sobre transmissão vertical.

Além de questões referentes ao conhecimento dos profissionais no cuidado ao cliente HIV positivo, como: quando realizar teste rápido anti-HIV, quantos testes devem ser realizados para confirmação sorológica, qual idade gestacional indicada para realização de cesárea eletiva, período indicado para iniciar administração de AZT endovenoso em gestante HIV positivo que irão realizar cesárea eletiva, qual dosagem indicada de AZT para ataque e manutenção, procedimento adequado com o cordão umbilical após parto, procedimento adequado com o RN após o parto, quando administrar AZT por via oral ao RN, dentre outros pontos relevantes (APÊNDICE B).

4.3. População e Amostra

A população constitui-se de 323 prontuários de gestantes HIV positivas que realizaram partos em uma maternidade pública na cidade de Goiânia, Goiás, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011. Também participam do estudo 25 profissionais de saúde, que atuam na maternidade e centro obstétrico da referida Instituição, sendo 10 profissionais da equipe médica e 15 da equipe de enfermagem.

Foi definido para o estudo, gestantes com faixa etária entre 15 a 49 anos, faixa etária que corresponde ao período de fertilidade classificado pelo Ministério da Saúde (2006).

Inicialmente, encontramos 328 prontuários de gestantes HIV positivo que realizaram partos no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011. Porém após busca dos prontuários no Serviço de Arquivo Médico (SAME), foram descartados cinco prontuários que não foram encontrados após três buscas consecutivas.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Quanto à gestante:

- Ser gestante portadora do HIV e pertencer à faixa etária entre 15 a 49 anos no momento do atendimento;
- Ter o parto realizado na Instituição em estudo e prontuário disponível.

Quanto ao profissional:

- Pertencer às equipes médica e de enfermagem;
- Atuar no Centro Obstétrico e na assistência a parturiente da referida Instituição;
- Estar presente no momento da aplicação do questionário;

As situações que não se enquadravam nos critérios acima foram excluídas do estudo.

4.5. Seleção e Amostra

A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não-probabilística, de conveniência dos profissionais.

4.6. Variáveis do Estudo

Em relação às gestantes HIV positivo: fatores socioeconômicos e demográficos (sexo, idade em anos completos; cor da pele, escolaridade em anos completos de estudo, situação ocupacional, estado civil).

Em relação aos profissionais: aspectos laborais (categoria profissional, período de atuação no setor e formação).

4.7. Procedimento para coleta dos dados

Análise dos prontuários: Inicialmente, foi enviada às chefias técnica, de enfermagem e ao SAME da Instituição, uma carta de ciência e autorização para a

condução da pesquisa na unidade. Foi solicitado pelo Comitê de Ética local, a anuência para a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das gestantes por se tratar de dados secundários.

Após aprovação no Comitê de Ética, realizou-se o contato formal com o serviço. A enfermeira responsável pela maternidade disponibilizou uma lista com nome das gestantes HIV positivo, que realizaram o parto nesse serviço e as respectivas datas. A partir de então os prontuários das gestantes foram selecionados com base nos critérios de inclusão já pautados anteriormente e localizados no SAME.

As coletas dos dados nos prontuários foram realizadas pela própria pesquisadora, com o auxílio de duas alunas de Iniciação Científica pertencentes ao grupo de estudo ao qual a pesquisa está inserida.

Os prontuários foram disponibilizados as pesquisadoras aos poucos, onde foram analisados com a média de dez prontuários por dia de pesquisa e as informações foram transcritas em formulário próprio (APÊNDICE A).

Questionário dos profissionais: O pesquisador responsável fez uma visita ao Setor para esclarecer os objetivos do estudo, neste momento a Equipe de Enfermagem e Médica foram convidadas pessoalmente a participar da entrevista com agendamento prévio conforme disponibilidade de horário dos mesmos e consentimento da chefia imediata. Aos profissionais que concordaram em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do TCLE. Após retorno do mesmo, procedeu-se a aplicação do questionário (APÊNDICE B) pela pesquisadora responsável e duas auxiliares de pesquisa, que ocorreu em local privado e horário previamente acordado com os participantes e a chefia.

4.8. Aspectos Éticos e Legais

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, recebendo o número de protocolo 29/11, nº 02/12 (ANEXO I). Somente após aprovação e assinatura formal do Comitê de Ética e das chefias, o campo de pesquisa foi abordado.

A partir de então, os prontuários das gestantes foram selecionados com base nos critérios de inclusão já pautados anteriormente. Foi entregue aos profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e o

questionário destinado aos profissionais da equipe de enfermagem e equipe médica da maternidade e centro obstétrico da Instituição (APÊNDICE B).

As informações coletadas foram utilizadas unicamente para fins científicos. Todas as etapas da pesquisa respeitaram as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 196/96 (Brasil, 1996), que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

4.9. Análise crítica de riscos e benefícios

A equipe executora se comprometeu ao sigilo absoluto sobre a identidade dos sujeitos da pesquisa.

Os benefícios esperados aos sujeitos da pesquisa consistem na reflexão dos profissionais sobre suas atitudes e quanto ao conhecimento relacionados às medidas de Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV, o que pode levar a um maior comprometimento, resultando em benefícios a assistência prestada às gestantes HIV positivo e aos recém nascidos expostos.

Os principais riscos previstos ao sujeito da pesquisa poderiam ser: constrangimento ao responder o questionário; possível exposição através das respostas dadas; tempo ocupado que poderia ser destinado a outras atividades realizadas pelo profissional naquele momento.

4.10. Análise de Dados

Para a análise estatística foi elaborada uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel[®] 2007. As informações foram analisadas através do programa eletrônico SigmaStat[®] versão 3.5. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente através de distribuição de frequências, médias e desvio padrão.

As proporções foram comparadas pelo teste do χ^2 , acompanhado do teste exato de Fisher. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$).

4.11. Responsabilidade do Pesquisador e da Instituição

Os pesquisadores assumem a responsabilidade quanto à análise e coleta de dados. Os dados são de uso exclusivo para pesquisa, podendo ser utilizados para outros trabalhos que tenham as mesmas finalidades.

Comprometemo-nos ainda fazer a devolução dos resultados às chefias das equipes médicas e de enfermagem para as providencias cabíveis.

Os resultados e a discussão serão apresentados em formato de artigos a seguir.

5. RESULTADOS

A apresentação dos dados dessa dissertação foi organizada em três artigos.

Artigo 1: Perfil sociodemográfico de gestantes HIV positivo e sua relação com a transmissão vertical.

Autores: Bruna Lígia Ferreira Almeida, Janaína Valadares Guimarães, Ana Karina Marques Salge, Ludmila Camilo Fávaro.

Revista: Acta Paulista de Enfermagem

Situação: Finalizado.

Artigo 2: Conhecimento e adesão dos profissionais de saúde em relação à profilaxia do HIV em uma maternidade brasileira

Autores: Bruna Lígia Ferreira Almeida, Janaína Valadares Guimarães, Ana Karina Marques Salge, Ludmila Camilo Fávaro

Revista: Texto e Contexto Enfermagem

Situação: Encaminhado a revista.

Artigo 3: O papel dos Profissionais de saúde na Transmissão Vertical de HIV : uma revisão integrativa

Autores: Bruna Lígia Ferreira Almeida, Janaína Valadares Guimarães, Ana Karina Marques Salge

Revista: Enfermeria Global

Situação: Encaminhado a revista

Artigo 1

Perfil sociodemográfico de gestantes HIV positivo e sua relação com a transmissão vertical *

Bruna Lígia Ferreira Almeida¹, Janaína Valadares Guimarães², Ana Karina Marques Salge³, Ludmila Camilo Fávaro⁴

RESUMO: Objetivo: Determinar as características sociodemográficas de gestantes infectadas pelo HIV e relacioná-las ao risco de TV do HIV, além de identificar qual frequência dos principais fatores relacionados ao risco de transmissão vertical durante o pré-natal, parto e puerpério. **Metodologia:** Estudo transversal que analisou 323 prontuários de gestantes HIV positivo, que realizaram o parto em uma maternidade pública na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011. Os dados foram analisados através do programa eletrônico SigmaStat[®] versão 3.5. **Resultados:** Dentre os 323 prontuários analisados, 48,9% das gestantes estavam inseridas na faixa etária entre 25 a 34 anos de idade, 68,7% eram solteiras, 65,6% pardas, 50,5% possuíam tempo de estudo entre 4 a 7 anos e 74,9% não possuíam vínculo empregatício. Foram verificados os principais riscos relacionados à transmissão vertical do HIV nas 323 gestantes analisadas. **Considerações Finais:** O estudo nos permitiu obter um diagnóstico quantitativo acerca dos riscos de exposição sofrido pelas gestantes, facilitando um planejamento assertivo em relação aos aspectos que ainda são falhos e que aumentam as chances da transmissão vertical, caso não haja intervenções adequadas.

Descritores: Transmissão Vertical, HIV, profilaxia

* Artigo extraído de dissertação intitulada "Utilização das recomendações de profilaxia de terapia antirretroviral à transmissão vertical do HIV", vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - PPGENF/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás –FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Goiás. Bolsista do PIBIC/UFG.

Sociodemographic profile of HIV positive pregnant women and their relation to child transmission.

ABSTRACT: Objective: Determine the sociodemographic characteristics of HIV pregnant women linking them to the risk of mother to child HIV transmission, in addition to identify the frequency of the main factors related to the risk of vertical transmission during the prenatal, childbirth and postpartum. **Methodology:** A descriptive study, with a quantitative approach that analyzed medical records of 323 HIV positive pregnant women who gave birth in a public hospital in the city of Goiânia, Goiás, Brazil, from January 2006 to December 2011. The data were analyzed using the electronic program SigmaStat ® version 3.5. **Results:** Among the 323 records analyzed, 48.9% of pregnant women were included in the age group between 25 to 34 years old, 68.7% were single, 65.6% are brown, 50.5% had study time between 4-7 years and 74.9% were unemployed. We checked the main risks related to mother to child HIV transmission in 323 analyzed records. **Conclusions:** This study allow us to obtain a quantitative diagnosis about the risks of exposure suffered by pregnant women, facilitating a assertive planning in relation of those aspects that remains flawed and increases the chances of vertical transmission, if there are no appropriate interventions

Keywords: Mother to child transmission, HIV, prophylaxis

Perfil sociodemográfico de las mujeres embarazadas HIV positivas y su relación con la transmisión maternoinfantil.

RESUMEN: Objetivo: Determinar las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas con VIH y vincularlos con el riesgo de transmisión vertical de HIV, e identificar con qué frecuencia los principales factores relacionados con el riesgo de transmisión vertical durante la atención prenatal, parto y posparto. **Metodología:** Un enfoque descriptivo, cuantitativo que analizaron los registros médicos de 323 mujeres VIH positivas embarazadas que dieron a luz en un hospital público de la ciudad de Goiânia, Goiás, Brasil, entre enero de 2006 diciembre de 2011. Los datos fueron analizados utilizando el programa electrónico SigmaStat ® versión 3,5 **Resultados:** De los 323 expedientes analizados, el 48,9% de las mujeres embarazadas se incluyeron en el grupo de edad entre 25 a 34 años, el 68,7% eran solteros, el 65,6% son de color marrón, el 50,5% tiene entre el tiempo de estudio 4-7 años y 74,9% no tienen empleo. Se verificaron los principales riesgos relacionados con la transmisión vertical del VIH en 323 listas de éxitos. **Conclusiones:** El estudio permitió obtener un diagnóstico cuantitativo sobre los riesgos de la exposición que sufren las mujeres embarazadas, lo que facilita la planificación asertiva en relación con los aspectos que siguen siendo deficiente y que aumentan las probabilidades de transmisión vertical, si no hay intervenciones apropiadas.

Descriptores: Transmisión vertical, HIV, profilaxis

INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV é um problema de saúde global. Há 34 milhões de pessoas que vivem com HIV em todo o mundo e cerca de dois milhões são crianças com menos de 15 anos de idade (UNAIDS, 2009 ;WHO, 2011).

O padrão de transmissão heterossexual é uma tendência para a feminização da epidemia da aids (MANENT *et al.*, 2011). O crescimento da contaminação de mulheres, especialmente em idade reprodutiva é preocupante, pois significa a possibilidade de transmissão vertical (TV) (BENAZZI *et al.*, 2012), a fonte mais comum de infecção pediátrica (TORPEY *et al.*, 2012).

A TV do HIV pode ocorrer no útero durante o período intra-parto ou após o nascimento através da amamentação. Em países de alta renda, a taxa de TV é menor que 1% (TUBIANA *et al.*, 2010). Isso se deve às intervenções de prevenção perinatal (TUDOR *et al.*, 2011), como a padronização de processos baseados em protocolos de pré-natal, parto e puerpério, em toda a rede de atendimento e a constante capacitação de profissionais em todos os níveis de prestação de serviço (BURGER *et al.*, 2011).

Nos últimos anos, políticas de saúde públicas nacionais e regionais foram implementadas para prevenir e controlar a TV do HIV. No entanto, no Brasil, ainda é necessário aumentar a identificação de infecção por HIV em mulheres grávidas e neonatos, bem como oferecer e explicar os benefícios da profilaxia antirretroviral – ARV (PRESTES-CARNEIRO *et al.*, 2012).

O diagnóstico precoce é necessário em todas as gestantes, permitindo a escolha da terapia ARV adequada, planejamento do tipo de parto adequado, o controle da amamentação e o início precoce da profilaxia ARV indicado aos recém-nascidos (JULIAN, DE JOSÉ, 2012).

Além da relevância em reforçar as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde (2010) para diminuir as taxas de TV do HIV no país, o monitoramento sistemático destes indicadores possibilita mensurar a efetividade das intervenções em nível local. Para tanto, faz necessário conhecer o público alvo dessas ações pautando à realidade vivenciada na prática do serviço de saúde.

O objetivo deste estudo consiste em determinar as características sociodemográficas de gestantes infectadas pelo HIV e relacioná-las ao risco de TV do HIV, além de identificar qual frequência dos principais fatores relacionados ao

risco de TV durante o pré-natal, parto e puerpério em gestantes de uma maternidade pública em Goiânia, Goiás, Brasil.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo e População

Tratou-se de um estudo transversal, que analisou 323 prontuários de gestantes HIV positivo, que realizaram o parto em uma maternidade pública na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011.

As informações foram obtidas dos prontuários das gestantes HIV positivo, atendendo às seguintes variáveis: sociodemográficas (idade, cor, nível de escolaridade, ocupação e estado civil), clínico-obstétricas e terapêuticas, enfatizando dados sobre o pré-natal, diagnóstico sorológico, conduta no serviço obstétrico e cuidados prestados a mulher no puerpério.

Os dados foram analisados através do programa eletrônico SigmaStat[®] versão 3.5. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente através de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. As proporções foram comparadas pelo teste do χ^2 ou acompanhado do teste exato de Fisher. Quando indicado foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade em estudo, sob protocolo 29/11 nº 02/12, e atende as recomendações da resolução nº 196/1996.

RESULTADOS

Características da população estudada

A Tabela 1 contempla as características sociodemográficas das 323 gestantes HIV positivo estudadas. A maioria inserida na faixa etária entre 25 a 34 anos de idade (48,9%), estado civil solteira (68,7%), cor parda (65,6%), tempo de estudo entre 4 a 7 anos (50,5%) e ocupação como dona de casa (74,9%).

Tabela 1: Perfil das gestantes HIV positivo, atendidas em um Hospital referência da cidade de Goiânia, no período de 2006-2011. Goiânia, Goiás, 2012

Variável	N	%
Idade		
< 18	14	4,3
≥ 35	34	10,5
18 – 24	117	36,2
25 – 34	158	48,9
Estado civil		
Solteira	222	68,7
Casada/União Estável	90	27,9
NI	05	1,5
Divorciada	04	1,2
Viúva	02	0,6
Cor		
Parda	212	65,6
Branca	79	24,5
Preta	32	9,9
Escolaridade		
1 - 3 anos	23	7,1
4 - 7 anos	163	50,5
8 - 11 anos	126	39,0
≥ 12 anos	08	2,5
Analfabeta	02	0,6
NI	01	0,3
Ocupação		
Dona de casa	242	74,9
Empregada	67	20,7
Estudante	09	2,8
Desempregada	03	0,9
Aposentada	01	0,3
Não Informado	01	0,3

Relação entre perfil sócio- demográfico das gestantes HIV positivas e riscos de TV do HIV

Ao relacionar o fator idade com a realização de sexo desprotegido durante a gestação, constatou-se que 281 gestantes HIV positivo praticaram sexo desprotegido durante a gestação sendo que dessas 129 gestantes (45,9%) estão na faixa etária entre 25 a 34 anos de idade ($p = 0,017$).

Houve uma associação significativa entre a idade e o uso de drogas ilícitas durante a gestação, onde as gestantes HIV positivo jovens na faixa etária entre 18

a 24 ($p = 0,001$) e 25 a 34 anos ($p = 0,005$) formam os grupos com maior número de usuárias.

A prática do tabagismo foi significativamente mais frequente na faixa etária entre 25 a 34 anos, totalizando 17 gestantes HIV positivas ($p = 0,020$).

Os fatores de risco de TV associados ao estado civil das gestantes HIV positivos não apresentaram significância estatística.

As gestantes HIV positivo que se declararam pardas e que realizaram a primeira consulta pré natal até a 14^a semana de gestação, corresponderam a 37 gestantes ($p = 0,008$), essas apresentaram menos fatores de risco relacionados a TV do que as demais gestantes do estudo. Já as gestantes HIV positivos que se declararam brancas e realizaram a primeira consulta pré natal até a 14^a semana de gestação corresponderam a 28 gestantes ($p = 0,001$).

Ao analisar a cor e presença de coinfeções na gestação, verificamos que 25 mulheres brancas apresentaram alguma coinfeção associada ao HIV ($p = 0,027$). As demais relações entre cor e fatores de risco de transmissão vertical, não obtiveram significância estatística.

A associação entre escolaridade e uso de TARV aponta que, 116 gestantes com escolaridade superior a 8 anos aderiram a TARV ($p < 0,001$), 23 gestantes com escolaridade superior a 8 anos apresentaram alguma coinfeção ($p < 0,001$), 60 gestantes com escolaridade superior a 8 anos apresentaram CV < 1000 cop/ml ($p = 0,030$) e as demais associações entre escolaridade e fatores de risco não obtiveram significância estatística.

As associações realizadas entre ocupação e fatores de risco de TV não apresentaram significância estatística.

Fatores de risco relacionados à TV de HIV

Foi realizado um levantamento acerca da prevalência dos fatores de risco relacionados à TV do HIV na Instituição em estudo de acordo com os dados obstétricos das gestantes (Tabela 2). Ao analisar o momento em que foi realizado o diagnóstico de HIV por essas mulheres, constatou-se que 136 (42,1%) gestantes receberam o diagnóstico anterior a gestação, seguido de 77 (23,8%) gestantes que receberam o diagnóstico durante o 2^o trimestre de gestação.

Quanto ao número de consultas pré natal, 176 (54,5%) gestantes HIV positivo realizaram de 1 a 5 consultas pré natal e 230 (71,2%) realizaram a primeira consulta pré natal com mais de 14 semanas de gestação.

Foi realizada cesárea eletiva em 200 (61,9%) das gestantes HIV positivo, 275 (85,1%) não apresentaram hemorragia durante o parto e 203 (62,8%) não apresentaram rotura prematura da membrana amniótica.

Tabela 2: Prevalência dos fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV, baseado nos dados obstétricos de gestantes HIV positivo, atendidas em um Hospital referência da cidade de Goiânia, no período de 2006-2011. Goiânia, Goiás, 2012

Dados Obstétricos	N	%
Quando realizado o diagnostico de HIV		
Anterior a Gestação	136	42
1º trimestre	44	13,6
2º trimestre	77	23,8
3º trimestre	53	16,4
Após parto	01	0,3
Durante parto	04	1,2
Não Informado	08	2,5
Número de consultas Pré-Natal		
1 a 5 consultas	176	54,5
6 consultas ou mais	125	38,7
Nenhuma consulta	10	3,1
Não Informado	12	3,7
IG primeira consulta pré-natal		
Nenhuma consulta	06	1,9
> 14ª semana	230	71,2
≤ 14ª semana	70	21,7
Não Informado	17	5,3
Via de parto		
Cesárea de urgência	53	16,4
Cesárea eletiva	200	61,9
Parto Normal	61	18,9
Parto Normal c/ episio	09	2,8
Hemorragia no parto		
Não	275	85,1
Sim	39	12,1
Não Informado	09	2,8

Rotura Prematura da Placenta

Não	203	62,8
Sim	117	36,2
Não Informado	03	1,0

Observando os fatores comportamentais, verificou-se na Tabela 3 que em relação à prática sexual, 281 (87%) gestantes relataram praticar sexo desprotegido durante a gestação, 271 (83,9%) não fizeram uso de drogas ilícitas, 122 (37,8%) não são tabagistas e não ingeriram álcool durante a gestação.

Tabela 3: Prevalência dos fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV, baseado nos dados comportamentais de gestantes HIV positivo, atendidas em um Hospital referência da cidade de Goiânia, no período de 2006-2011. Goiânia, Goiás, 2012

Dados Comportamentais	N	%
Sexo desprotegido durante gestação		
Não	18	5,6
Sim	281	87,0
Não Informado	24	7,4
Uso de drogas ilícitas		
Não	271	83,9
Sim	20	6,2
Não Informado	32	9,9
Tabagismo		
Não	122	37,8
Sim	52	16,1
Não Informado	149	46,1
Uso de Alcool		
Não	122	37,8
Sim	47	14,6
Não Informado	154	48,0

De acordo com as características clínicas das gestantes analisadas, podemos observar na Tabela 4, que 89 (27,6%) gestantes possuíam parceiros com sorologia positiva para HIV. Além disso, 274 (84,8%) fizeram uso de ARV durante a

gestação, e 169 (52,3%) iniciaram o uso de ARV entre a 14^a e 28^a semanas de gestação.

Ao verificar o valor da carga viral dessas gestantes HIV positivo, 124 (38,4%) apresentaram CV < 1000 cópias/ml e 163 (50,5%) tiveram a contagem de linfócitos TCD4+ \geq 200 células/mm³.

Dentre as gestantes HIV positivo do estudo, 203 (62,8%) não apresentaram rotura prematura da membrana amniótica, 262 (81,1%) não possuía comorbidade materna e 232 (71,8%) não apresentavam outras coinfeções.

Tabela 4: Prevalência dos fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV, baseado nas características clínicas de gestantes HIV positivo, atendidas em um Hospital referência da cidade de Goiânia, no período de 2006-2011. Goiânia, Goiás, 2012

Características Clínicas	N	%
Sorologia do parceiro		
Negativo	22	6,8
Positivo	89	27,6
Não Informado	212	65,6
Uso de TARV durante gestação		
Não	42	13,0
Sim	274	84,8
Não Informado	07	2,2
Início do uso de ARV na gestação		
Não fez uso	42	13,0
14 ^a a 28 ^a sem	169	52,3
Após 28 ^a sem	57	17,6
Até 14 ^a sem	39	12,1
Não Informado	16	5,0
Coinfeção gestante		
Não	234	72,4
Sim	89	27,6
Carga Viral		
< 1000 cop/ml	124	38,4
\geq 1000 cop/ml	74	22,9
Não Informado	125	38,7
Contagem Linfócitos TCD4 +		
< 200 cel/mm ³	21	6,5
\geq 200 cel/mm ³	163	50,5

Não Informado	139	43,0
Comorbidade Materna		
Não	262	81,1
Sim	54	16,7
NI	02	0,60

DISCUSSÃO

Este estudo caracteriza as gestantes HIV positivo atendidas em uma Instituição pública da região centro-oeste do Brasil. Além de verificar os principais fatores de risco relacionados à TV do HIV, baseando-se no Manual de Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, criado em 2010, pelo Ministério da Saúde.

A maioria das gestantes encontra-se em idade fértil e não possui vínculo empregatício, dados que são semelhantes aos encontrados em países de culturas e economias diferentes, como no estudo realizado no Vietnã (HANH *et al.*, 2011). A maioria é solteira, parda e possui baixa escolaridade, confirmando os dados de estudos realizados em outras regiões como o sudeste e o sul do país (VELOSO *et al.*, 2010).

A maioria das gestantes desse estudo não informou se faz uso de bebidas alcoólicas e se é tabagista. A maioria não faz uso de drogas ilícitas. Em contrapartida, um estudo envolvendo 40 gestantes portadoras do HIV apontou que 10% delas relataram uso de drogas ilícitas durante o período gestacional (DARMONT *et al.*, 2010).

É considerável o número de usuárias de substâncias psicoativas, e estas tendem a apresentar déficit no autocuidado, negligenciando a própria saúde e consequentemente o tratamento adequado perante as condutas de profilaxia da TV, além da possibilidade de prolongar a cadeia de transmissão do HIV através do uso de drogas parenterais ou injetáveis.

É de fundamental importância a orientação precoce dessas gestantes, para que seja realizado o diagnóstico de HIV o quanto antes, se possível no primeiro trimestre de gestação (MARQUES *et al.*, 2002). Observou-se que a maioria das gestantes (42%) deste estudo receberam o diagnóstico anterior à gestação

contrariando o estudo realizado na região sul do país em que quase metade destas mulheres foram diagnosticadas como portadoras do HIV durante a gestação (KONOPKA *et al.*, 2010).

O número de consultas pré-natal realizadas pela maior parte dessas gestantes foi de uma a cinco consultas, o que é inferior ao mínimo de seis consultas recomendadas em 2010 pelo Ministério da Saúde.

A Idade Gestacional (IG) da realização da primeira consulta pré-natal também se mostrou insatisfatória, pois 71,2% o fizeram após o primeiro trimestre de gestação, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde.

Esse dado demonstra que está ocorrendo uma captação tardia dessas gestantes, ou seja, as gestantes estão iniciando o pré-natal após o período ideal que é o primeiro trimestre de gestação. Isso pode ter ocorrido devido a adesão das mesmas, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou até mesmo pela dificuldade dos próprios serviços em orientar e abordar essas gestantes, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e adesão as medidas profiláticas.

A maioria expressiva das gestantes em estudo, fizeram o uso de TARV entre a 14^a e 28^a semana de gestação, confirmando que o fornecimento de medicamentos ARV na região em estudo está sendo realizado de maneira efetiva e que o início da administração desses ARV deve ser realizado preferencialmente até a 14^a semana de gestação e no máximo até a 28^a de gestação, garantindo que seja realizado precocemente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A sorologia do parceiro da gestante HIV positivo foi um dado que nos chamou atenção, por apresentar alto índice de subnotificações. Este resultado foi semelhante ao estudo realizado na África o qual relata a realização de testagem anti HIV entre os homens, inferior a 5% entre os investigados (BYAMUGISHA R *et al.*, 2010). Entre os parceiros que informaram a sorologia, o número dos que declaram ser soropositivo foi maior, subtendendo-se que a possível via de infecção dessas gestantes foi a relação heterossexual.

De acordo com as recomendações de profilaxia antirretroviral, é necessária a escolha da via de parto baseado na CV, contagem de linfócitos TCD4 + IG das gestantes, ressaltando que a via de escolha para esse público é a cesárea eletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os resultados indicam que a maioria das gestantes realizou a cesárea eletiva com IG entre 37 a 41 semanas de gestação, de acordo com outro estudo que

avalia a ocorrência de TV de HIV, realizado na região sudeste do país, em que aproximadamente 70% das integrantes da pesquisa realizaram seus partos por essa via (MATIDA *et al.*, 2011).

A hemorragia, rotura prematura da membrana amniótica e o uso de procedimentos invasivos durante o parto, são importantes fatores de risco para a ocorrência da TV (GIOVECCHIO, GOLDBERG, 2005) e satisfatoriamente não houve ocorrência de nenhum desses eventos com a maioria das gestantes em estudo. Assim, podemos constatar que a escolha da via de parto recomendada associada com à IG adequada, previne tais riscos e/ou complicações.

O número de gestantes que não apresentaram comorbidade materna ou coinfeções associadas ao HIV foi expressivo, isso destaca a efetividade da alta adesão a TARV por essas gestantes.

Quanto menor a CV da mãe, menor a possibilidade de TV (MOURA, PRAÇA, 2010). Essa condição é o objetivo da profilaxia com medicamentos ARV, cujos efeitos visam fazer com que a gestante HIV positiva chegue ao momento do parto com a menor CV possível, de preferência indetectável ou pelo menos que seja menor de 1.000 cópias virais por ml. O estado clínico, a contagem de linfócitos T CD4+ e o nível da CV são os indicadores para a terapia (MOURA, PRAÇA, 2006).

Observou-se neste estudo um déficit considerável em relação aos exames de CV e contagem de linfócito TCD4 + anexados aos prontuários ou anotações referentes aos mesmos no cartão da gestante, dado semelhante a um estudo realizado na região sudeste do Brasil, em que aproximadamente 80% das gestantes estudadas não tinham o valor da CV e contagem de linfócitos TCD4+ (FERNANDES *et al.*, 2010).

Essa informação, nos alerta ao despreparo dos profissionais de saúde em abordar essas gestantes e verificar em que grau de viremia encontra-se. Esse dado é relevante, pois a escolha da via de parto e qual TARV adotar depende fundamentalmente dessa informação (Ministério da Saúde, 2010).

Porém, entre os casos notificados a maior parte das gestantes apresentaram CV inferior a 1000 cópias/ml e contagem de Linfócito TCD4+ superior a 200 células/mm³, isso mostra mais uma vez a importância da adesão às medidas profiláticas, principalmente ao uso de ARV durante o pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do perfil da população exposta possibilita delinear ações efetivas na prevenção da TV, pois mesmo a existência de um protocolo que oriente as medidas profiláticas, ainda há dificuldades em captar as gestantes no momento oportuno do pré-natal e promover a adesão das mesmas ao tratamento.

Este estudo permitiu fazer um diagnóstico quantitativo acerca dos riscos de exposição sofrido pelas gestantes, facilitando um planejamento assertivo em relação aos aspectos que ainda são falhos e que aumentam as chances da TV, caso não hajam intervenções adequadas.

Em relação às questões que envolvem os parceiros, é de suma importância que os serviços de saúde incluam ações educativas e assistenciais que englobe diagnóstico e tratamento oferecidos em toda a rede de serviços, influenciando neles a responsabilidade conjunta de combater a propagação do vírus.

É dever do profissional de saúde garantir que as recomendações para profilaxia da TV do HIV preconizadas pelo Ministério da Saúde se cumpram conforme protocolos. Porém, atendê-las plenamente constitui tarefa árdua, considerando que não depende somente da oferta dos serviços, mas também da receptividade e adesão aos mesmos. A implementação e avaliação sistemática destes indicadores nos possibilita resultados satisfatórios, mantendo a taxa de TV do HIV diminuta.

REFERÊNCIAS

- Benazzi AST, Viana LS, Santos TF, Marques WS. Pre-And Post-Hiv Testing Counseling For Pregnant In Primary Care. *Cad Pesq. São Luís*. 2012; 19(1):74-80.
- Burger M, Pchebilski MT, Sumikawa ES, Sakurada EMY, Telles TMBB, Parabocz M *et al*. O Impacto do programa mãe curitibana sobre a transmissão vertical do HIV no município de Curitiba entre 2000 e 2009. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(2):76-83.
- Byamugisha R, Tylleskär T, Kagawa MN, Onyango S, Karamagi CAS, Tumwine JK. Dramatic and sustained increase in HIV-testing rates among antenatal attendees in Eastern Uganda after a policy change from voluntary counselling and testing to routine counselling and testing for HIV: a retrospective analysis of hospital records, 2002-2009. *BMC Health Services Research* 2010;10:290.
- Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2010;26(9):1788-96.

- Fernandes RCS, Ribas GF, Silva DP, Gomes AM, Acosta EM. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. *J Pediatr Rio J. Porto Alegre.* 2010;86(6).
- Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro.* 2005;21 (2):581-88.
- Hanh NTT, Gammeltoft T, Rasch V. Early uptake of HIV counseling and testing among pregnant women at different levels of health facilities- experiences from a community-based study in Northern Vietnam. *BMC Health Services Research.* 2011;11:29.
- Julian AN, De José MI. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. *An Pediatr (Barc).* 2012;76(6):361-69.
- Konopka CK, Beck ST, Wiggers D, Silva AK, Diehl FP, Santos FG. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(4):184-90.
- Manent AS, Júnior JG, Silveira ES, Oenning RT, Simões PWTA, Moreira J *et al.* Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates. *Braz J Infect Dis.* 2011;15(4):349-55.
- Marques HHS, Latorre MRDO, DellaNegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, 1998. *Rev Saude Publica.* 2002;36:385-92.
- Matida LH, Ramos AN, Sañudo A, Succi RCM, Marques HHS, Negra MD *et al.* Improving survival in children with AIDS in Brazil: results of the second national study, 1999-2002. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(1):93-103.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.
- Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.
- Moura EL, Praça NS. Persistent operational challenges lead to non-reduction in maternal-infant transmission of HIV. *Jornal de Pediatria.* 2010;86(3).
- Moura EL, Praça NS. Transmissão Vertical do HIV: Expectativas e ações da gestante soropositiva. *Ver Latino-am de Enfermagem.* 2006;14(3):405-13.
- Prestes-Carneiro LE, Spir PRN, Ribeiro AA, Gonçalves VLMA. HIV-1-mother-to-child transmission and associated characteristics in a public maternity unit in Presidente Prudente, Brazil. *Rev Inst Med trop São Paulo.* 2012;54(1).
- Torpey K, Mandala J, Kasonde P, Bryan-Mofya G, Bweupe M, Mukundu J *et al.* Analysis of HIV Early Infant Diagnosis Data to Estimate Rates of Perinatal HIV Transmission in Zâmbia. *PLoS ONE.* 2012; 7(8).
- Tubiana R, Le Chenadec J, Rouzioux C, Mandelbrot L, Hamrene K, Dollfus C, Faye A, Delaugerre C, Blanche S, Warszawski J. Factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 despite a maternal viral load <500 copies/ml at delivery: a

case-control study nested in the French perinatal cohort (EPF-ANRS CO1). Clin Infect Dis 2010; 50(4):585-96.

Tudor Car MHMMT, van-Velthoven , Brusamento S, Elmoniry H, Car J, Majeed A. AtunIntegrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization (WHO) Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal . 2009.

Veloso VG, Bastos FI, Portela MC, Grinsztejn B, João EC, Pilotto JH. HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. Rev Saúde Pública. 2010;44(5):803-11.

World Health Organization (WHO) Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access WHO, Geneva; 2011.

Artigo 2

O conhecimento dos profissionais de saúde no controle a transmissão vertical do HIV em uma maternidade pública brasileira*

Bruna Lígia Ferreira Almeida¹, Janaína Valadares Guimarães², Ana Karina Marques Salge³,
Ludmila Camilo Fávaro⁴

RESUMO: Objetivo: Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde que cuidam de gestantes HIV positivo, quanto as medidas profiláticas do risco de transmissão vertical do HIV. **Metodologia:** Estudo transversal envolvendo 25 profissionais de saúde. A coleta de dados realizou-se de abril a junho de 2012 em uma maternidade pública do Estado de Goiás, Brasil. **Resultados:** Dos profissionais investigados 76% apresentaram conhecimento inadequado sobre o teste anti-HIV nas gestantes, 80% desconheciam com que idade gestacional realiza-se a cesárea eletiva, 66% não sabiam a dose para ataque do AZT e o tempo utilizado antes do parto, 84% não conheciam qual o método indicado para inibição da lactação. **Conclusão:** Concluem-se como necessárias a implantação de estratégias que visem a capacitação dos profissionais de saúde que cuidam das gestantes HIV positivo em seu ambiente de trabalho.

DESCRITORES: Profissionais de Saúde, Transmissão Vertical, HIV.

* Artigo extraído de dissertação intitulada "Utilização das recomendações de profilaxia de terapia antirretroviral à transmissão vertical do HIV", vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - PPGENF/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás –FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Goiás. Bolsista do PIBIC/UFG.

Autora correspondente: Bruna Lígia Ferreira Almeida

Endereço: Rua Cyro Lopes Pereira, nº 815, apto 203, Bairro: Jardim da Penha – Vitória – ES. CEP: 29060-020

Endereço eletrônico: bruninhaligia@yahoo.com.br

The knowledge of health professionals in controlling vertical transmission of HIV in a Brazilian public hospital

ABSTRACT: Objective: Assess the knowledge of health professionals who care for pregnant HIV positive, as prophylactic measures the risk of vertical HIV transmission.

Methods: Cross-sectional study involving 25 health professionals. Data collection took place from April to June of 2012 in a public hospital in the State of Goiás, Brazil.

Results: Of the professionals surveyed 76% had inadequate knowledge about HIV testing in pregnant women, 80% were unaware that gestational age performed to elective caesarean section, 66% could not attack dose for AZT and the elapsed time before delivery, 84% did not know which method is suitable for inhibition of lactation.

Conclusion: Concludes as necessary the implementation of strategies aimed at training health professionals who care for HIV positive pregnant women in the workplace.

Keywords: Health professionals, mother to child transmission, HIV.

El conocimiento de los profesionales sanitarios en la transmisión de control vertical del VIH en un hospital público brasileño

RESUMEN: Objetivo: Evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas HIV positivas, como medidas profilácticas, el riesgo de transmisión vertical del HIV. **Métodos:** Estudio transversal con la participación de 25 profesionales de la salud. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y junio de 2012 en un hospital público en el Estado de Goiás, Brasil.

Resultados: De los profesionales encuestados el 76% tenían un conocimiento inadecuado sobre la prueba del VIH en mujeres embarazadas, el 80% desconocía que la edad gestacional realizado a la cesárea electiva, el 66% no pudo atacar dosis de AZT y el tiempo transcurrido antes de la entrega, el 84% no sabe cuál es el método adecuado para la inhibición de la lactancia. **Conclusión:** Concluye como necesario la implementación de estrategias dirigidas a profesionales de la salud que cuidan de formación para mujeres seropositivas embarazadas en el lugar de trabajo.

Descriptores: Transmisión vertical, HIV, Profesionales de la salud.

INTRODUÇÃO

A transmissão vertical (TV) é a principal causa de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em menores de 15 anos de idade. Corresponde na infecção do HIV transmitido da mãe ao seu filho, durante a gravidez, parto e amamentação (OMS, 2010).

Existem intervenções efetivas para a prevenção da TV baseadas no diagnóstico precoce da infecção e na utilização de protocolos assistenciais bem estabelecidos (BLENCOWE *et al.*, 2011).

O risco de TV pode cair de até 30% para menos de 2% graças a intervenções biomédicas que podem ser fornecidas a gestante e RN, durante a gravidez, parto e amamentação (TOURÉ *et al.*, 2010).

Apesar dos progressos na adesão às condutas recomendadas para a prevenção da TV do HIV, lacunas importantes persistem na capacidade de captação e na adesão das gestantes ao pré-natal. Assim, casos de TV que poderiam ser evitados continuam ocorrendo, apesar da disponibilidade do diagnóstico e do tratamento da gestante (DARMONT *et al.*, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010 estimou que apenas 53% das gestantes HIV positivo em países de baixo e médio desempenho, receberam os medicamentos antirretrovirais durante o ano de 2009.

Como consequência da baixa qualidade dos atendimentos que tem sido prestado por profissionais de saúde em relação ao cuidado a gestantes HIV positivo, alguns manuais recomendam a implementação da rotina de aconselhamento e testagem de HIV, como parte dos serviços de cuidados durante o pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Atendimento inadequado é uma importante razão para a falta de conhecimento das mães sobre a prevenção da TV do HIV, o que pode impedir o uso dos serviços de saúde por esse público (LIM *et al.*, 2010).

Desde o início da epidemia, têm sido avaliados diferentes aspectos associados ao conhecimento, informação, atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV, tanto em grupos populacionais como em profissionais de saúde envolvidos na assistência às pessoas infectadas pelo vírus. Uma pesquisa realizada em uma capital do nordeste brasileiro mostra que parte dos profissionais envolvidos

no estudo desconheciam os fatores que poderiam contribuir para a TV do HIV (FARIA *et al.*, 2008).

Destaca-se, a necessidade de considerar a condição peculiar do atendimento que deve ser oferecido a este grupo de mulheres (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Dessa forma, torna-se indispensável uma maior atenção à promoção da saúde da gestante HIV positivo, não somente pelos riscos inerentes a sua condição, mas, também, pela carência de ações educativas e preventivas do sistema de saúde.

A partir desse diagnóstico e da reflexão da importância do papel do profissional de saúde na disseminação da TV do HIV, surgiu o interesse em desenvolver o presente estudo. Neste sentido, este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde que cuidam de gestantes HIV positivo, quanto às medidas profiláticas do risco de TV do HIV, estabelecendo relações com suas práticas profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, envolvendo 25 profissionais atuantes em uma maternidade pública de Goiás, Brasil, correspondendo a 10 profissionais da Equipe Médica e 15 da Equipe de Enfermagem, que concordaram em responder ao questionário sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das medidas profiláticas da TV do HIV. Além disso, houve a análise de 323 prontuários de gestantes HIV positivo, que tiveram o parto realizado entre janeiro de 2006 e dezembro de 2011, nessa Instituição.

O instrumento utilizado contemplou dados referentes às medida profiláticas de TV do HIV realizada pelos profissionais de saúde, que foram revisados e analisados seguindo as Recomendações de Terapia Antirretroviral (TARV) e as demais condutas relacionadas à profilaxia da TV do HIV.

Esta Instituição é de grande porte e atende majoritariamente uma clientela de baixo nível socioeconômico. Em 1999 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, distinção que é conferida pelo Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Os profissionais eram convidados a participar do estudo em seus locais de trabalho e os questionários auto-aplicáveis baseados nas Recomendações de

medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV, foram distribuídos. Após cinco contatos sem sucesso, interrompiam-se as tentativas de entrega do questionário para aquele profissional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, recebendo o número de protocolo 29/11, nº 02/12, e atende as recomendações da resolução n.196/96, referente à pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos profissionais de saúde

Em relação ao tempo de atuação profissional, 20% atuam neste setor a menos de um ano. Os que atuam entre um a cinco anos, correspondem a 36% dos profissionais

Quanto ao tempo de atuação profissional, verificamos que 44% dos profissionais trabalham no setor há mais de cinco anos, sendo um enfermeiro e dez profissionais da equipe de enfermagem de nível médio.

Um estudo realizado por Araújo *et al.* (2012), revelou que a maioria dos profissionais atuantes, trabalhavam no setor a menos de cinco anos. Espera-se que profissionais experientes apresentem maior adesão às medidas profiláticas, porém nossos resultados contrariam essa lógica e esse fato nos inquiriu a averiguar as causas dessa discrepância, reforçando a importância do estudo.

Conhecimento dos profissionais acerca das medidas adotadas para reduzir o Risco de TV do HIV

De acordo com Oliveira *et al.*(2010), a ausência de detecção da infecção pelo HIV durante o pré-natal, representa uma oportunidade perdida de prevenção da TV, e o uso do teste rápido para a detecção de anticorpos anti-HIV no momento da internação para o parto deveria ser uma exceção, porém não é o que está sendo visto nos serviços de saúde.

Conforme Tabela 1, ao serem questionados sobre quando deve ser realizado o teste rápido anti-HIV na gestante, 32% dos profissionais responderam que deve ser realizado sempre, porém, essa informação diverge do preconizado pelo Ministério da Saúde (2010), pois durante o pré-natal, é recomendada a

realização de exames mais sensíveis como a contagem de carga viral e linfócitos TCD4+. Sendo assim, o teste rápido anti-HIV deve ser realizado preferencialmente quando não houve nenhum outro exame ao longo do pré-natal. Somente 24% dos profissionais participantes responderam a questão corretamente.

Tabela 1: Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV com gestantes HIV positivo durante o pré-natal, parto e puerpério imediato. Goiânia, Goiás, 2012.

Variável	N	%
Quando realizar teste rápido anti-HIV na gestante		
Sempre	08	32
Somente quando não foi realizado durante pré natal	06	24
Outros	11	44
Quantos testes rápidos anti- HIV para confirmação Sorológica		
Apenas 1 teste	03	12
No mínimo 2 testes se resultados iguais	19	76
No mínimo 3 testes se resultados iguais	02	8,0
Desconhece	01	4,0
Idade Gestacional para realização de cesárea eletiva		
38 semanas de gestação	05	20
39 semanas de gestação	10	40
40 semanas de gestação	08	32
Desconhece	02	8,0
Via de parto para CV 1000 cop/ml, ≥ 34 sem gestacional		
Cesárea eletiva	18	72
Cesárea de urgência	03	12
Parto Normal	02	8,0
Desconhece	02	8,0
Início administração AZT endovenoso anterior cesárea eletiva		
5 horas anterior ao parto	01	4,0
3 horas anterior ao parto	11	44
1 hora anterior ao parto	11	44
Desconhece	02	8,0
Dose indicada de AZT IV ataque (1ª hora de infusão)		
2 mg/kg	05	20
3 mg/kg	11	44
Desconhece	09	36
Dose indicada de AZT IV manutenção (infusão contínua)		
1 mg/kg	15	60
2 mg/kg	02	8,0
Desconhece	08	32

Qual método utilizado para inibição da lactação		
Mecânico (Enfaixamento das mamas)	04	16
Farmacológico	05	20
Ambos métodos	16	64
Se é utilizado antibiótico profilático materno após expulsão fetal		
Sim	13	52
Não	08	32
Desconhece	04	16
Se possui acesso a ficha de notificação específica pra gestante HIV+		
Sim	17	68
Não	08	32

Em relação à quantidade de teste rápidos anti-HIV realizados para confirmação sorológica, 76% dos profissionais sabiam da necessidade de dois testes rápidos se resultados iguais.

Quanto à via de parto recomendada para carga viral menor que 1000 cópias/ml e idade gestacional igual ou superior a 34 semanas, 72% dos profissionais apontaram a cesárea eletiva. O Ministério da Saúde (2010) preconiza a cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto e a idade gestacional recomendada são 38 semanas de gestação.

Um estudo realizado com obstetras em uma capital do nordeste brasileiro demonstrou a falta de informação dos profissionais sobre os critérios de escolha da via de parto, pois 63,6% dos obstetras realizariam a cesárea em qualquer situação e 38% proscreveriam o parto vaginal em gestantes HIV positivo (FARIAS *et al.*,2008).

A via de parto da gestante HIV positivo constitui fator essencial a ser respeitado, pois o período intraparto é um momento de grande risco para o RN e a ruptura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à TV do HIV.

Observamos que os profissionais apresentaram maior conhecimento, quando questionados sobre as medidas profiláticas prestadas ao RN, tais como o clampeamento precoce do cordão umbilical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), onde 76% estavam cientes que o mesmo deve ser feito sem realização de ordenha, conforme podemos observar na Tabela 2:

Tabela 2: Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV com recém nascidos expostos ao HIV. Goiânia, Goiás, 2012.

Variável	N	%
Procedimento com cordão umbilical após parto		
Clampear cordão com realização de ordenha	01	4,0
Clampear cordão sem realização de ordenha	19	76
Desconhece	05	20
Procedimento com RN após o parto		
Dar banho em água corrente	17	68
Dar banho em banheira pediátrica	01	4,0
Desconhece	07	28
Quando iniciar AZT oral ao RN		
Até 2 horas de vida	20	80
Desconhece	05	20
Quando encaminhar RN ao Alojamento Conjunto		
Em todos os casos	03	12
Quando mãe e RN em bom estado	22	88
Maneira indicada para fornecer amamentação ao RN		
Alimentação mista	01	4,0
Fórmula láctea infantil proveniente de Banco de Leite	17	68
Nenhuma	07	28
Quando vacinar RN contra Hepatite B e Tuberculose BCG- IG		
Primeiras 12 horas de vida	19	76
Primeiras 24 horas de vida	01	4,0
Primeiras 48 horas de vida	02	8,0
Desconhece	03	12

No Brasil, recomenda-se a cesárea eletiva nas mulheres com carga viral acima de 1000 cópias/ml e idade gestacional superior a 34 semanas de gestação, porém, a finalidade da terapia antirretroviral para gestante é justamente tornar a carga viral incapaz de ser detectada, pois quanto menor carga viral menor o risco de TV (GIANVECCHIO, GOLDBERG, 2005).

Em relação à idade gestacional indicada para realização de cesárea eletiva, apenas 20% dos profissionais alegaram ser com 38 semanas de gestação. Esse resultado nos alerta sobre a carência de informações obtidas por esses profissionais, mesmo existindo um Manual que rege as condutas a serem utilizadas nos serviços que atendem esse público.

Entretanto, 72% dos profissionais responderam ser a cesárea eletiva a via de parto indicada para a gestante com carga viral superior a 1000 cópias/ml.

O Ministério da Saúde (2010), recomenda que o início da infusão de AZT intravenoso 3 mg/kg seja 3 horas anteriores ao parto, todavia, ao responderem essa questão no questionário autoaplicativo, verificamos que somente 44% dos profissionais adquiriram êxito.

A análise dos dados da prática profissional, demonstrou que 66,6% das gestantes tiveram a infusão de AZT intravenoso com mais de 3 horas antecedentes ao parto, informação semelhante foi verificada em um estudo realizado por Lima *et al.*, (2010), onde mais da metade dos profissionais sabiam quando deve ser realizada a infusão de AZT nas gestantes.

É preconizado que seja administrado AZT oral ao RN exposto ao HIV nas duas primeiras horas de vida (Ministério da Saúde, 2010). Conforme podemos observar na Tabela 3, a análise relacionada ao início da administração de AZT ao RN demonstrou que 59,1% receberam AZT oral entre 2 e 48 horas de vida, um outro estudo brasileiro mostrou que 90% dos RN fizeram uso de profilaxia com AZT oral nas primeiras 48 horas de vida (VASCONCELOS, HAMANN, 2005).

Assim, identificamos um atraso na administração desta medicação que consiste em caráter de emergência, pois protege o RN do HIV presente no sangue e nas secreções cervicovaginais no momento do parto.

Ao serem questionados, a maioria dos profissionais (80%) responderam corretamente essa questão, isso nos alerta sobre a existência de uma diferença entre o conhecimento dos profissionais e as ações que estão sendo realizadas na prática.

Tabela 3: Medidas adotadas pelos profissionais de saúde para profilaxia de transmissão vertical do HIV durante o pré-natal, parto e puerpério. Goiânia, Goiás, 2012.

Variável	N	%
Administração de AZT em gestante		
< 3 horas	79	24,0
> 3 horas	215	66,6
Não	24	7,40
NI	05	1,50

Início de administração de AZT ao RN		
< 2 horas	111	34,4
2 - 48 horas	191	59,1
Não	02	0,60
Natimorto	05	1,50
NI	05	1,50
Prescrição AZT ao RN até 6 semanas de vida		
Sim	297	92,0
Não	08	2,50
Natimorto	05	1,50
NI	13	4,00
Banho no RN em água corrente		
Sim	64	19,8
Não	222	68,7
Natimorto	05	1,50
NI	32	9,90
Vacinação do RN Hep B e BCG- ID		
Sim	101	31,3
Não	157	48,6
Natimorto	05	1,50
NI	60	18,6
Realização de aleitamento		
Sim	03	0,90
Não	312	96,6
Natimorto	05	1,50
NI	03	0,90
Inibição de lactação		
Ambas	159	49,2
Farmacológica	127	39,3
Mecânica	10	3,10
Não	23	7,12
NI	04	1,24
Fornecimento de complemento lácteo MS		
Sim	301	93,2
Não	01	0,30
Natimorto	05	1,50
NI	16	5,00
Profilaxia com antibiótico		
Sim	211	65,3
Não	108	33,4
NI	04	1,20
Procedimento invasivo durante o parto		
Sim	09	2,80
Não	310	96,0
NI	04	1,20
Encaminhamento ao SAE		

Sim	185	57,3
Não	15	4,60
NI	123	38,1

O *Aids Clinical Trials Group* (ACTG 076) preconiza que seja administrado AZT oral ao RN até as 6 semanas de vida e houve o cumprimento em 92% dos RN, esse fator depende em grande parte da colaboração da mãe em seguir a prescrição da administração desse medicamento, sendo assim, é necessário o acompanhamento e controle do serviço de saúde, para que haja o cumprimento adequado desta medida.

O banho nas primeiras horas de vida em RN expostos ao HIV é praticado devido à preocupação com a possibilidade de transmissão de infecções para profissionais de saúde e familiares através do contato com sangue e secreções presentes na pele do RN (PUGLIESE *et al.*, 2009). Porém, verificamos que não foi realizado o banho em 68,7% dos RN. Novamente os profissionais demonstraram possuir o conhecimento e não seguir essa medida na prática, pois 68% profissionais quando questionados, possuíam conhecimento sobre essa medida.

Em relação à imunização, 48,6% dos RN expostos ao HIV não receberam vacinação contra hepatite B e tuberculose (BCG-ID) contrariando as recomendações do Ministério da Saúde (2010), que indica essas vacinas nas primeiras 12 horas de vida.

Quando analisado a respostas dos profissionais, 76% confirmaram que deve ser realizada a imunização nas primeiras 12 horas de vida. Esse dado nos alerta sobre a deficiência do serviço em ofertar tais medidas de extrema importância, necessárias nas primeiras horas de vida do RN, requerendo investigação para averiguar o motivo da não realização.

Diversos estudos mostram que o aleitamento materno pode estar associado com a TV do HIV, podendo determinar um risco adicional de transmissão de até 22% (ROUSSEAU, 2004). A investigação sobre a prática do aleitamento materno, demonstrou significativamente que 96,6% das mulheres não amamentaram seus filhos, divergindo de um estudo realizado durante 8 anos na região norte do Brasil, onde 70% das mulheres amamentaram seus filhos (SILVA *et al.*, 2010), contrariando as recomendações do Ministério da Saúde.

Em 49,2% das gestantes foram realizados os dois métodos de inibição da lactação (mecânico e farmacológico) e 64% dos profissionais consideram correta a utilização dos dois métodos de inibição. Entretanto, Araújo *et al.* (2012), em uma pesquisa realizada em uma capital do sudeste brasileiro, constatou que, no puerpério, os parâmetros recomendados para prevenção da TV do HIV pela inibição da lactação mecânica ou farmacológica, ou pela associação dos dois métodos, não foram seguidos.

Os procedimentos para inibição da lactação consistem em um período penoso e enfatiza para as mães a impossibilidade de amamentação, fator que influencia no papel cultural da mulher.

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, mas o Ministério da Saúde (2003) recomenda o enfaixamento das mamas por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas, um procedimento que deve ser considerado como medida de exceção apenas para casos em que a inibição farmacológica não esteja disponível.

No Brasil é garantida a disponibilização de fórmula láctea infantil a todos os RN expostos ao HIV, desde seu nascimento, até o sexto mês de vida, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pôndero-estatural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Observamos que houve o fornecimento de fórmula láctea infantil a 93,2% dos RN, considerando que 1,5% eram natimortos e em 5% dos casos não houve notificação, sendo assim somente um RN não recebeu o complemento lácteo infantil. Esse índice é superior ao encontrado em um estudo nacional, realizado no ano de 2010, onde a disponibilidade da fórmula infantil foi de 73% e o grau de implementação deste insumo nas maternidades foi considerado aceitável (SANTOS *et al.*, 2010).

Dentre os profissionais investigados, 68% apresentaram o conhecimento de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde em relação ao fornecimento de fórmula láctea infantil aos RN expostos ao HIV. Quando abordada a questão da amamentação, observamos maior coerência entre a prática e conhecimento dos profissionais acerca das medidas a serem realizadas, o que não foi observado em todas as demais medidas.

A realização de profilaxia com antibiótico imediatamente após o parto diminui a incidência de infecções pós-operatórias (RIVLIN *et al.*, 2004). Ainda seguindo a

recomendações de profilaxia de TV do HIV do Ministério da Saúde (2010), obtivemos dados satisfatórios em relação à realização da profilaxia com antibiótico durante o parto, que foi realizada em 65,3% das gestantes, porém, quando observado o conhecimento dos profissionais, obtivemos um índice inferior, correspondendo a 52% profissionais que sabiam da importância da profilaxia com antibiótico após expulsão fetal.

Outro fator de vulnerabilidade para a TV do HIV é a realização de procedimentos invasivos durante o parto. Em 96% dos partos, não houve procedimentos invasivos como a amniocentese, monitorização fetal interna e episiotomia, o que poderia aumentar o risco de transmissão.

Verificou-se que 57,3% dos recém-nascidos foram encaminhados a um Serviço de Atendimento Especializado (SAE). É imprescindível que haja o encaminhamento para acompanhamento adequado de sua sorologia, e que seja verificado por um profissional, se as medidas profiláticas estão sendo seguidas conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conhecimento dos profissionais de saúde acerca das medidas profiláticas de TV do HIV relacionada à prática assistencial permitiu avaliar a qualidade do serviço prestado, identificando os aspectos que merecem atenção especial por não atenderem plenamente às recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Os dados observados em nosso estudo são preocupantes e evidenciam lacunas existentes na assistência prestada a gestantes HIV positivos e RN expostos, através de informações obtidas que contradizem essa prática.

O estudo evidencia cisões entre o conhecimento e a prática profissional, e nos leva a questionar em que ponto do serviço deve-se intervir a fim de sanar essa divergência. Acredita-se, que a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos seja um dos motivos, indicando a necessidade de promover estratégias de educação permanente direcionadas aos profissionais que atuam no cuidado a gestantes HIV positivo.

O treinamento e atualização constantes constituem um meio para alcançar práticas seguras e resolutivas no combate à TV, dada a importância e eficácia comprovada na aplicabilidade das medidas profiláticas.

REFERÊNCIAS

Aids Clinical Trial Group Protocol 076. Protocol of mother to infant transmission of HIV. 1994.

Araújo CLF, Signes AF, Zampier VSB. O Cuidado à puerpéra com HIV/AIDS no alojamento conjuto: a visão da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):49-56.

Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*. [Internet]. [cited 2011 set 11];11(Suppl 3):S1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-S3-S9.pdf>.

Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2010;26(9):1788-96.

Farias JPQ, Franco A, Santos KP, Dourado I, Galvão-Castro B. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. *Ver Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro. 2008;30(3).

Gianvecchio RP, Golberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):581-88.

Lim Y, Kim JY, Rich M, Stulac S, Niyonzima JB, Fauzi MCS et al. Improving Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Care and Related Services in Eastern Rwanda. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000302. doi:10.1371/journal.pmed.1000302.

Lima CTD, Oliveira DR, Rocha EG, Pereira MLD. Clinical management of the hiv positive pregnant women in reference maternities from the region of Cariri. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):468-76.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Versão Preliminar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

Oliveira MIC, Silva KS, Gomes Junior SC, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 2010;44(1).

Pugliesi VEM, Deutsch ADA, Freitas M, Dornaus MFOS, Rebello CM. Efeitos do banho após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(4):410-15.

Rivlin ME, Carroll S, Morrison JC. Infectious necrosis with dehiscence of the uterine repair complicating cesarean delivery. *A review. Obstet Gynecol Surv*. 2004;59(12):833-37.

Rousseau MC, Nduati RW, Richardson AB, John-Stewart GC, Mbori-Ngacha AD, Kreiss JK et al. Association of levels of HIV-1 infected breast milk cells and risk of mother-to-child transmission. *J Infect Dis*. 2004;190:1880-88.

Santos EM, Reis AC, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". *Epidemiol Serv Saude*. 2010;19(3):257-69.

Silva MJM, Mendes WS, Gama MEA, Chein MBC, Veras DS. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010(43):1.

Touré H, Audibert M, Dabis F. To what extent could performance-based schemes help increase the effectiveness of prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) programs in resource-limited settings? a summary of the published evidence. *BMC Public Health*. 2010;10:702.

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. *Ver Bras Saude Matern Infant*. 2005;5(4):483-92.

World Health Organization (WHO): PMTCT Strategic Vision 2010-2015, Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millenium Development Goals. Moving towards the elimination of Paediatric HIV Geneva. 2010.

Artigo 3

O papel dos Profissionais de saúde na Transmissão Vertical de HIV : uma revisão integrativa*

Bruna Lígia Ferreira Almeida¹, Janaína Valadares Guimarães², Ana Karina Marques Salge³

RESUMO: Objetivo: Analisar a produção científica (publicações) nacional e internacional, referentes à atuação dos profissionais de saúde na atenção a gestantes HIV positivo e RN expostos a Transmissão Vertical do HIV, no período de 2006 a 2012. **Método:** Para determinar a amostra, foi realizada uma pesquisa de artigos científicos nas bases eletrônicas de dados IBECs (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), consultadas por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos meses de setembro e outubro de 2012. **Resultados:** Os estudos selecionados estão em língua portuguesa e inglesa, totalizando 15 artigos. Foram publicados no período de 2006 a 2012, em revistas nacionais (60%) e internacionais (40%). O ano que mais se produziu sobre o tema foi o ano de 2010 com a publicação de sete (46%) trabalhos. **Conclusão:** Através desta revisão, identificou que os principais problemas relacionados à assistência prestada a gestantes/ puéperas HIV positivo e aos RN expostos, foram: captação tardia das gestantes, falta de aconselhamento às gestantes HIV positivo, falta de atualização e cursos aos profissionais que cuidam de gestantes HIV positivo, além de, falta de acompanhamento psicossocial a essas gestantes, dentre outros.

DESCRITORES: Transmissão Vertical de doenças, HIV, Profissionais da Saúde, Enfermagem

* Artigo extraído de dissertação intitulada "Utilização das recomendações de profilaxia de terapia antirretroviral à transmissão vertical do HIV", vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - PPGENF/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

Autora correspondente: Bruna Lígia Ferreira Almeida

Endereço: Rua Cyro Lopes Pereira, nº 815, apto 203, Bairro: Jardim da Penha – Vitória – ES. CEP: 29060-020

Endereço eletrônico: bruninhaligia@yahoo.com.br

ABSTRACT: **Objective:** To analyze the scientific production (publications) nationally and internationally, regarding the performance of health professionals in caring for HIV-positive pregnant women and newborns exposed to mother to Child HIV Transmission in the period from 2006 to 2012. **Methods:** To determine the sample, a survey was conducted of scientific articles in electronic databases IBECS (Bibliographic Index Español en Ciencias de la Salud), LILACS (Latin American and Caribbean Literature) and MEDLINE (International Literature on Health Sciences) , consulted through the website of the Virtual Health Library (VHL) in the months of September and October 2012. **Results:** The selected studies are in Portuguese and English, totaling 15 articles. It was published in the period of 2006 to 2012 in national magazines (60%) and international (40%). The year with more publications on the subject was 2010 with of seven (46%) articles. **Conclusion:** Through this review, which identified the main problems related to care provided to pregnant / puéperas positive and HIV exposed infants were: late uptake of pregnant women, lack of counseling to HIV positive pregnant women, lack of update courses and the professionals who care for pregnant women HIV positive, and lack of follow pscicosocial to these pregnant women, in other.

Key words: Mother to child transmission, HIV, Health professionals, Nursing.

El papel de los profesionales sanitarios en la transmisión vertical del VIH: una revisión integradora

RESUMEN: **Objetivo:** Analizar la producción científica (publicaciones) a nivel nacional e internacional, en relación con el desempeño de los profesionales de salud en la atención a las mujeres seropositivas embarazadas y los recién nacidos expuestos a la transmisión vertical del VIH en el período de 2006 a 2012. **Métodos:** Para determinar la muestra, se realizó una encuesta de artículos científicos en las bases de datos electrónicas (IBECS Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), LILACS (América Latina y el Caribe) y MEDLINE (Literatura Internacional en Ciencias de la Salud) , consultado a través de la página web de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en los meses de septiembre y octubre de 2012. **Resultados:** Los estudios seleccionados están en Portugués e Inglés, por un total de 15 artículos. Se publicó en el período 2006 a 2012 en revistas nacionales (60%) e internacional (40%). El año que está más en el tema se produjo en 2010 con la publicación de siete (46%) trabajan. **Conclusión:** A través de esta revisión, que identificó los principales problemas relacionados con la atención brindada a embarazadas / puéperas niños expuestos positivas y VIH fueron: captación tardía de las mujeres embarazadas, la falta de asesoramiento a las mujeres embarazadas VIH positivas, la falta de cursos de actualización y los profesionales que atienden a las mujeres embarazadas VIH positivo, y la falta de seguimiento pscicosocial a estas mujeres embarazadas, en otro

Descriptores: Transmisión vertical, Profesionales de la Salud, Enfermería

INTRODUÇÃO

Cerca de 36 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, dos quais 15,7 milhões são mulheres e 2,5 milhões são menores de 15 anos de idade, a epidemia global de HIV/aids entre as mulheres continua a crescer, e as mulheres representam quase metade dessa população (CECCHINI *et al.*, 2011; CHOI, NEILANDS; 2011).

O número de mulheres infectadas aumenta rapidamente entre as heterossexuais casadas, com parceiro único e não-usuárias de drogas, sendo a relação sexual a principal via de transmissão do HIV para essas mulheres (CARNEIRO, COELHO, 2010). Mais de 90% das crianças que vivem com o HIV são infectadas através de Transmissão Vertical (TV): que pode ocorrer durante a gravidez, durante o parto e através de amamentação (FALNES *et al.*, 2010).

Estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento têm sugerido que muitas mulheres infectadas pelo HIV continuam a desejar crianças apesar do conhecimento de seu status sorológico (HARRIES *et al.*, 2007).

Essa população de mulheres vem buscando o direito à qualidade assistencial englobando acolhimento, acesso a ações de vigilância e assistência individual (MANDU, 2005).

A assistência pré-natal é uma oportunidade importante de diagnóstico dessas infecções, propiciando tanto a prevenção da TV dessas doenças quanto o acesso das gestantes e seus parceiros às práticas assistenciais disponíveis, com redução da morbimortalidade por esses agravos na população adulta (HOGAN *et al.*, 2010).

Apesar de no Brasil haver disponibilidade dos insumos necessários à interrupção da transmissão vertical nos serviços públicos de saúde (diagnóstico da infecção do HIV, drogas antirretrovirais, inibidor da lactação e fórmula láctea infantil), dados do Programa Nacional de DST/Aids, corroborados por outros estudos, revelam que nem todas as gestantes infectadas tiveram acesso à terapia antirretroviral (VASCONCELOS, HAMANN, 2005).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica (publicações) nacional e internacional, referente à atuação dos profissionais de saúde na atenção a gestantes HIV positivo e RN expostos a Transmissão Vertical do HIV, no período de 2006 a 2012.

METODOLOGIA

A opção pelo método de revisão integrativa deu-se, devido ao fato de a revisão integrativa incluir a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT, BECK; 2006).

Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes, os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (POLIT, BECK; 2006).

Esta revisão integrativa consistiu nas seguintes etapas: desenvolvimento da questão norteadora, busca na literatura, categorização dos estudos encontrados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, discussão e interpretação dos resultados e síntese do conhecimento encontrado nos artigos analisados (WHITTEMORE, 2005).

A questão norteadora deste estudo foi: O que tem sido publicado na literatura em relação à atuação do profissional de saúde na profilaxia da transmissão vertical do HIV?

Para determinar a amostra, foi realizada uma pesquisa de artigos científicos nas bases eletrônicas de dados IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), consultadas por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos meses de setembro e outubro de 2012.

Foram utilizados os descritores não controlados: Profissionais de saúde, Enfermagem que foram associados pelo conector booleano “and” ao descritor Transmissão Vertical de HIV e seus respectivos descritores em inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão e exclusão foram adotados para selecionar os estudos. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 5 anos em revistas nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados selecionadas, que discutiu a atuação dos profissionais de saúde em relação a profilaxia da transmissão vertical de HIV. Foram excluídos do estudo trabalhos como dissertações, teses, livros e capítulos de livros, e demais publicações que não atendessem aos critérios de inclusão descritos.

Foram identificados 748 trabalhos publicados entre os anos de 2006 a 2012 e que tinham seus textos completos disponíveis online. Após leitura detalhada dos títulos e resumos, foram excluídos estudos que se tratavam de outros temas ou que citavam de forma superficial, sendo selecionados 33 estudos. Após uma segunda leitura dos estudos, foram excluídos 18 estudos repetidos ou que não atendiam aos critérios de inclusão, sendo assim foram selecionados 15 artigos para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos selecionados estão em língua portuguesa e inglesa, totalizando 15 artigos. Foram publicados no período de 2006 a 2012, em revistas nacionais (60%) e internacionais (40%). O ano que mais se produziu sobre o tema foi o ano de 2010 com a publicação de sete (46%) trabalhos. Conforme podemos visualizar no Quadro I:

Quadro I: Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo dados de publicação, entre os anos 2006 e 2012. Goiânia, Goiás, 2012.

Estudo	Ano	Autor	Título	Periódico
E1	2012	Ruyumba J et al.	Listening to health workers: Lessons from Eastern Uganda for Strengthening the programme for the prevention of mother-to-child transmission of HIV	BMC Health Services Research
E2	2012	Domingues RMSM et al.	Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré	Rev Bras Saúde Matern Infant

			naal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil	
E3	2012	Araújo CLF et al.	O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de Enfermagem	Rev Esc Anna Nery
E4	2010	Touré H et al.	To what extent could performance – based schenes help increase the effectiveness of prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) programs in resource limited settings? A summary of the published evidence.	BMC Public Health
E5	2010	Carneiro AJS et al.	Aconselhamento na testagem anti HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade	Rev Ciência & Saúde Coletiva
E6	2010	Lim Y et al.	Improving Prevention of Mother-to-child transmission of HIV care and related services in Eastern Rwanda	Rev PLoS Medicine
E7	2010	Falmes EF et al.	Mother’s knowledge and utilization of prevention of mother to child transmission services in northern Tanzania	Journal of The International AIDS Society
E8	2010	Santos EM et al.	Avaliação do grau de implantação do programa de controle da Transmissão Vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”	Rev Epidemiol Serv Saúde
E9	2010	Feitosa JA et al.	Aconselhamento do Pré-Teste Anti – HIV no Pré – Natal: percepções da gestante	Rev enferm UERJ
E10	2010	Fadnes LT et al.	Infant feeding counseling in Uganda in a changing environment with focus on the general population and HIV-positive mothers – a mixed method approach	BMC Health Services Research
E11	2009	Araújo CLF et al.	O teste rápido para HIV em Maternidades: visão dos profissionais de saúde	J Bras Doenças Sex Transm
E12	2008	Cerqueira ACB et al.	Compleitude do sistema de informação de agravos de notificação compulsória de gestantes	Rev Odont

			HIV positivo entre 2001 e 2006, no Espírito Santo, Brasil	
E13	2007	Harries J et al.	Policy maker and health care provider perspectives on reproductive decision – making amongst HIV – infected individuals in South Africa	BMC Public Health
E14	2007	Monticelli M et al.	Ser – mãe HIV positivo: significados para mulheres HIV positivo e para Enfermagem	Acta Paulista Enferm
E15	2007	Barroso LMM et al.	Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS	Rev Texto Contexto Enferm

Do total de publicações selecionadas para estudos, seis (40%) publicações foram em inglês e nove (60%) em português. Nove foram desenvolvidos no Brasil por autores brasileiros e seis em países africanos (Tanzânia, Uganda, África do Sul), desenvolvidos por autores Norte Americanos e Noruegueses.

Sete (46,6%) estudos são de abordagem qualitativa, dois (13,3%) artigos de revisão, cinco (33,4%) estudos com abordagem quantitativa e um (6,7%) estudo misto, ou seja, com abordagem qualitativa e quantitativa.

Os estudos encontrados foram divididos em três categorias conforme as seguintes abordagens dos autores: Avaliação dos Profissionais de Saúde (10 estudos), Visão dos Profissionais de Saúde (3 estudos), Políticas Públicas voltadas para a prevenção da Transmissão Vertical do HIV (2 estudos).

Avaliação dos Profissionais de Saúde

Em relação aos estudos que tratam da Avaliação dos Profissionais de Saúde que atuam com gestantes HIV positivo e RN expostos ao HIV, seis abordam a atuação desses profissionais com as medidas profiláticas de transmissão do HIV, 50% dos estudos abordam a avaliação do profissional em relação ao aconselhamento de gestantes HIV positivo tanto do período do pré natal, parto e puerpério e um estudo aborda a avaliação dos profissionais em relação a humanização do cuidado prestado a Gestantes/Puérperas HIV positivo expostos (Quadro II):

Quadro II: Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo a avaliação dada aos profissionais de saúde na prevenção da transmissão vertical de HIV, entre os anos de 2006 a 2012. Goiânia, Goiás, 2012.

Avaliação	Estudos
Medidas Profiláticas de TV do HIV	E2, E4, E7, E8, E12, E15
Aconselhamento a Gestantes/ Puérperas HIV positivo	E5, E9, E10
Humanização do cuidado prestado a Gestantes/Puérperas HIV positivo e RN expostos	E14

Na última década, obteve-se sucesso impressionante nos Estados Unidos, Europa e vários outros países desenvolvidos em recursos na redução da TV do HIV, onde as ações de controle chegaram a cobertura satisfatória, com qualidade, a redução de novos casos de crianças infectadas foi substancial. Nestes países, as taxas de transmissão do HIV são de aproximadamente 2% (HALIMA *et al.*,2007; WHO, 2010).

São necessárias medidas como a verificação de testagem para HIV no pré-natal, realização de testes rápidos em condições adequadas, indicação adequada da via de parto, administração de AZT a gestante, administração de AZT oral ao RN exposto ao HIV, estabelecimento de inibição de lactação em mães HIV positivo, dispensação de fórmula láctea infantil, realização de ações de seguimento, investigação e notificação dos casos (SANTOS *et al.*,2010).

Nos estudos que abordam a avaliação da adesão dos profissionais de saúde à prática das medidas de prevenção da TV do HIV, os autores revelam a atuação dos profissionais e propõem sugestões para a melhoria do atendimento às gestantes HIV positivo e RN expostos a TV do HIV.

De acordo com Domingues *et al.* em 2012 foram investigadas uma série de falhas nas ações de controle do HIV e sífilis no âmbito da assistência pré-natal.

Em estudo realizado no ano de 2010, Falnes *et al.* avaliaram se foram oferecidos teste de HIV às gestantes no pré-natal e se foram realizadas demais condutas de prevenção a TV do HIV, tais como, o aconselhamento às gestantes. Considerou-se que as medidas foram realizadas de modo insatisfatório devido ao tempo e restrições de recursos.

No estudo realizado por Santos *et al.* em 2010, verificou-se que as atividades estratégicas com mais problemas foram as que se referem as ações de diagnóstico, incluindo o aconselhamento e o registro de informações da situação sorológica da gestante. Por outro lado, ficou evidenciado que quando a gestante é diagnosticada a ação terapêutica é realizada. As ações medicamentosas tiveram níveis de implantação maior que as ações de manejo clínico do trabalho de parto, tais como a via de parto, prevenção de amniotomia e episiotomia.

Os achados do estudo realizado por Barroso e Galvão em 2007, estão de acordo com os resultados encontrados pelos demais autores, destacando que os profissionais não cumpriram totalmente os critérios considerados sobre as recomendações para redução da TV de HIV, ou seja, nenhuma puérpera recebeu todas as intervenções preconizadas no puerpério, as ações necessárias para redução da TV.

Baseados nos resultados encontrados, os estudos analisados propõem algumas medidas visando a melhoria das práticas profiláticas da TV do HIV, conforme destaca um estudo realizado por Touré *et al.* em 2010, para aumentar a motivação dos trabalhadores é necessária a concisão de muitos fatores que atravessam fronteiras disciplinares como: economia, psicologia, sociologia e gestão de recursos humano.

Para Cerqueira *et al.* em um estudo realizado em 2008, há a necessidade de maiores esclarecimentos aos profissionais de saúde responsáveis pela assistência de mulheres e RN expostos ao HIV. Além disso, destaca-se a importância da notificação compulsória deste público.

Verificou-se a existência de três estudos que abordam a avaliação dos profissionais de saúde em relação ao aconselhamento prestado as gestantes HIV positivo

Em 2003, o *Centers for Disease Control and Prevention*, destaca que o serviço de Saúde Pública e a Sociedade de Doenças Infecciosas da América têm recomendado a incorporação de aconselhamento de prevenção para o cuidado de

profissionais de saúde a pacientes infectados pelo HIV, para reduzir comportamentos de risco associados a sua transmissão e a triagem de rotina para DST.

Verificou-se um despreparo dos profissionais para garantir o aconselhamento de forma integral. Isso acontece por inúmeros motivos dos quais podem ser destacadas dificuldades, como a falta de tempo disponível para a quantidade de conteúdo, o receio dos profissionais de não abordarem informações que julgam indispensáveis à clientes e a baixa valorização da atividade (FEITOSA *et al.*, 2010).

Constatou-se que em todos os trabalhos que avaliam o aconselhamento prestado as gestantes HIV positivo, foi abordado o despreparo profissional e a falta de tempo disponibilizada a essa atividade.

Os autores fazem sugestões com o intuito de solucionar o despreparo dos profissionais, como a prioridade de abordagens sistemáticas para atualização dos profissionais de saúde (FADNES *et al.*, 2010).

Outro ponto levantado foi a Humanização da Assistência prestada a gestantes/ puérperas HIV positivo, foi encontrado um estudo que aborda essa temática.

As gestantes e puérperas HIV positivo, de programas de pré-natal ou maternidades, buscam não apenas soluções terapêuticas para os sinais e sintomas físicos, mas também pessoas que as acolham e as promovam como seres humanos, as “compreendam” e as tratem em suas multidimensões como mulheres e mães com características particulares e diferenciadas (COELHO, MOTTA, 2005).

Os resultados do estudo desenvolvido em 2007 por Monticelli *et al.*, apontam como insatisfatórias as atitudes dos profissionais de saúde, por serem carregadas de preconceito e estigma social. Além disso, suas condutas estão distantes de levar em consideração os reais sentimentos maternos das mulheres/ mães HIV positivo.

Visão dos Profissionais de Saúde

Os trabalhos que abordam a visão dos profissionais de saúde sobre a atuação em serviços de atenção a gestantes/puérperas HIV positivo e aos RN expostos ao HIV, somam três trabalhos, conforme podemos observar no Quadro III:

Quadro III: Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo a visão dos profissionais de saúde na prevenção da transmissão vertical de HIV, entre os anos de 2006 a 2012. Goiânia, Goiás, 2012.

Visão dos Profissionais	Estudos
Medidas Profiláticas	E1, E3
Aconselhamento	E11

Os estudos abordam a visão dos profissionais sobre a realidade do atendimento a gestantes/puérperas HIV positivo e RN expostos, com o intuito de garantir a disponibilidade constante de programas de TV.

As críticas feitas pelos profissionais abordam a questão de suprimentos, como kits de testagem do HIV, as drogas antirretrovirais (ARV) para as mães e seus RN, formação regular dos profissionais de saúde para mantê-los a par das inovações nas diretrizes de prevenção da TV, assegurando que os centros de saúde de nível mais baixos, forneçam serviços de maternidade e ARV para as mulheres dos programas de prevenção da TV (RUJUMBA *et al.*, 2012, ARAÚJO *et al.*, 2009).

Aos profissionais de saúde, cabe a reflexão sobre o real significado da realização do teste anti HIV na vida das pessoas e quanto à complexidade na abordagem de temas que envolvem a sexualidade e as práticas sexuais (ARAÚJO *et al.*, 2009).

Verifica-se que os profissionais de saúde não estão satisfeitos com as condições oferecidas para o trabalho em prevenção da TV, sendo necessário, destacar a importância dos gestores no processo de planejamento, implementação e monitoração das ações de saúde.

Políticas Públicas de Saúde

Pouca atenção tem sido dada à escolha reprodutiva e intenções de indivíduos infectados pelo HIV em países de baixos recursos. Os prestadores de assistência em saúde têm desempenhado um papel crucial na determinação do acesso aos serviços de saúde reprodutiva, porém são necessárias políticas que concentrem ações de melhoria para esse público visando a prevenção de TV do HIV.

Foram incluídos dois estudos que tratam de Políticas Públicas para prevenção da TV do HIV, conforme podemos ver na Quadro IV:

Quadro IV: Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo as políticas públicas de saúde na prevenção da transmissão vertical de HIV, entre os anos de 2006 a 2012. Goiânia, Goiás, 2012.

Políticas Públicas	Estudos
Medidas Profiláticas	E6, E13

Os estudos que abordam a necessidade de políticas públicas de saúde tratam de assuntos como métodos de qualidade da assistência, assistência a TARV, políticas de contracepção, contratação de profissionais de saúde e investimentos direcionados a ambientes de recursos limitados para maximizar a melhora dos serviços e falta de políticas de saúde reprodutiva (HARRIES *et al.* 2007, LIM *et al.*, 2010).

Existe uma clara necessidade de políticas mais explícitas reconhecendo os direitos de reprodução e escolhas de indivíduos infectados pelo HIV.

CONCLUSÕES

Através desta revisão, foi possível identificar os principais problemas na realidade da assistência prestada a gestantes/ puéperas HIV positivo e aos RN expostos, que envolvem falhas na captação e diagnóstico dessas gestantes, falta de aconselhamento sobre HIV e apoio psicossocial. Além das limitações enfrentadas pelos profissionais de saúde segundo a ótica dos mesmos, como falta de preparo, o que envolve formação fraca e ausência de capacitação e atualizações oferecidas pelos serviços de saúde aos seus trabalhadores.

Fica evidente, que muito deve ser feito para atingir um atendimento satisfatório a esse grupo, que além da falta de estrutura, também sofre com o preconceito de toda a sociedade, inclusive dos profissionais que deveriam prestar um cuidado humanizado e de excelência.

Essas mulheres HIV positivo possuem o direito por lei de terem uma gestação com pré-natal de qualidade e toda a assistência de saúde necessária, porém os profissionais de saúde que deveriam proporcionar esse cuidado deixam a desejar e descumprem com seus papéis de prover e manter a saúde deste público.

Não basta apenas a conscientização desses profissionais de saúde, é preciso gestores que proporcionem condições para que gestantes, puéperas e RN possam usufruir com dignidade de um direito já adquirido por eles.

REFERÊNCIA

- Araújo CLF, Lins S, Bastos VD. O Teste rápido para HIV em maternidades: Visão dos profissionais de saúde. *J bras Doenças Sex Transm.* 2009;21(2):71-77.
- Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. 2007;16(3):463-69.
- Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(1):1217-26.
- Cecchini D, Martinez M, Astarita V, Nieto C, Giesolauro R, Rodriguez C. Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;30(3):189-95.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep.* 2003;52(12):1-24.
- Cerqueira ACB, Sales CMM, Lima R, Silva RZ, Vieira RF, Brioschi AP *et al.* Completude do sistema de informação de agravos de notificação compulsória de gestante hiv positivo entre 2001 e 2006, no Espírito Santo, Brasil. *UFES Rev Odont.* 2008;10(1):33-37.
- Choi K, Bowleg L, Neilands TB. The Effects of Sexism, Psychological Distress, and Difficult Sexual Situations on U.S. Women's Sexual Risk Behaviors. *AIDS Educ Prev.* 2011;23(5):397-411.
- Coelho DF, Motta MGC. A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. 2005;26(1):31-41
- Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2012;12(3):269-80.
- Fadnes, Engebretsen IMS, Moland KM, Nankunda J, Tumwine JK, Tylleskar T. Infant feeding counselling in Uganda in a changing environment with focus on the general population and HIV-positive mothers - a mixed method approach. *BMC Health Services Research.* 2010;10:260.
- Falnes EF, Tylleskär T, Paoli MM, Manongi R, Engebretsen IMS. Mothers' knowledge and utilization of prevention of mother to child transmission services in northern Tanzania. *Journal of the International AIDS Society.* 2010;13:36.

Feitosa JA, Coriolano MWL, Alencar EN, Lima LS. Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):559-64.

Halima D, Mofenson LM, Ekpini R, Gilks CF, Barnhart M, Bolu O *et al*. International recommendations on antiretroviral drugs for treatment of HIV-infected women and prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings: 2006 update. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2007;197(3):42-55.

Harries J, Cooper D, Myer L, Bracken H, Zweigenthal V, Orner P. Policy maker and health care provider perspectives on reproductive decision-making amongst HIV-infected individuals in South Africa. *BMC Public Health* 2007;7:282.

Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela Sm *et al*. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*. 2010;375:1609-23.

Lim Y, Kim JY, Rich M, Stulac S, Niyonzima JB, Fawzi MCS *et al*. Improving Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Care and Related Services in Eastern Rwanda. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000302.

Mandú ENT. Critérios e indicadores de qualidade da atenção à saúde da mulher. *Rev Gaúch Enferm*. 2005;26(1):11-9.

Monticelli M, Santos EKA, Erdmann AL. Ser-mãe HIV-positivo: significados para mulheres HIV positivo e para a Enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):291-98.

Rujumba J, Tumwine JK, Tylleskar T, Neema S, Heggenhougen HK. Listening to health workers: lessons from Eastern Uganda for strengthening the programme for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *BMC Health Services Research*. 2012;12:3.

Santos EM, Reis AC, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(3):257-69.

Touré H, Audibert M, Dabis F. To what extent could performance based schemes help increase the effectiveness of prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) programs in resource-limited settings? a summary of the published evidence. *BMC Public Health*. 2010;10:702.

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. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005;5(4):483-92.

Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.

World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Report on the Global AIDS Epidemic: 2010. Geneva. 2010.

6. CONCLUSÕES

Esse estudo permitiu compreender como estão sendo seguidas as medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV em uma Instituição pública do Estado de Goiás referência ao atendimento de gestantes HIV positivo.

Os resultados obtidos oferecem subsídios para que intervenções sejam implementadas, no sentido de promover mudanças efetivas e melhorar o desempenho dos profissionais, no que se refere ao atendimento prestado a gestantes e RN expostos ao HIV.

A análise do perfil da população exposta possibilita delinear ações efetivas na prevenção da TV, pois mesmo à existência de um protocolo que oriente as medidas profiláticas ainda há dificuldades em captar as gestantes no momento oportuno do pré-natal e promover a adesão das mesmas ao tratamento.

Destacamos a necessidade da captação precoce das gestantes HIV positivo, para que sejam possíveis a execução das medidas de maneira efetiva e resolutive, pois a chances de ocorrer a transmissão vertical do vírus aumentam significativamente quando não cumpridas as medidas em sua totalidade.

O estudo nos permitiu obter um diagnóstico quantitativo acerca dos riscos de exposição sofrido pelas gestantes, facilitando um planejamento assertivo em relação aos aspectos que ainda são falhos e que aumentam as chances da TV, caso não hajam intervenções adequadas.

Em relação às questões que envolvem os parceiros é importante que os serviços de saúde incluam ações educativas e assistenciais que englobe diagnóstico e tratamento oferecidos em toda a rede de serviços, influenciando neles a responsabilidade conjunta de combater a propagação do vírus.

A análise do conhecimento dos profissionais de saúde acerca das medidas profiláticas de TV do HIV relacionada à prática assistencial permitiu avaliar a qualidade do serviço prestado, identificando os aspectos que merecem atenção especial por não atenderem plenamente às recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

É dever do profissional de saúde garantir que as recomendações para profilaxia da TV do HIV preconizadas pelo Ministério da Saúde se cumpram conforme protocolos. Porém, atendê-las plenamente constitui tarefa árdua, considerando que não depende somente da oferta dos serviços, mas também da

receptividade e adesão aos mesmos. A implementação e avaliação sistemática destes indicadores nos possibilita resultados satisfatórios, mantendo a taxa de TV do HIV diminuta.

O estudo evidencia cisões entre o conhecimento o e a prática profissional, e nos leva a questionar em que ponto do serviço deve-se intervir a fim de sanar essa divergência. Acredita-se que a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos seja um dos motivos, indicando a necessidade de promover estratégias de educação permanente direcionadas aos profissionais que atuam no cuidado a gestantes HIV positivo e RN expostos ao vírus

O treinamento e atualização constantes constituem um meio para alcançar práticas seguras e resolutivas no combate à TV, dada a importância e eficácia comprovada na aplicabilidade das medidas profiláticas.

Esses resultados possibilitam ampliar o conhecimento quanto à compreensão e organização da assistência às gestantes HIV positivo, gerando novos questionamentos que dão margem à realização de novas pesquisas que possam investigar mais a fundo, quais os fatores que impossibilitam a adesão completa da equipe de saúde às práticas de redução da transmissão vertical do HIV.

Apesar de não fazer parte dos objetivos do estudo, obtivemos um importante achado de pesquisa, referente ao índice considerável de realização de laqueadura tubária observado nessas gestantes.

Essa informação despertou interesse pelos pesquisadores em desenvolver outro estudo que aborde a questão da reprodução de mulheres HIV positivo e que investigue se essas medidas estão sendo respeitadas e baseadas nas Diretrizes de direito sexual e reprodutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) ou se consiste basicamente na liberdade de escolha dessas gestantes.

Enfim, consideramos que os resultados nos forneceram dados capazes de propiciar melhorias para a Instituição e gerar informações não divulgadas anteriormente no Estado de Goiás. Buscamos contribuir para a investigação sobre os fatores dificultantes que ocorrem neste serviço e propor melhorias na assistência, além de instigar mais pesquisadores a desenvolverem pesquisas que visem a excelência do atendimento a gestantes HIV positivo e seus RN, tornando a queda dos índices da transmissão vertical do HIV em uma realidade brasileira.

7. REFERÊNCIAS

- Amaro H. Love, sex, and power: Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*. 1995;50:437–447.
- Assunção-Ramos AV, Ramos Jr NA. Transmissão Vertical de Doenças: Aspectos relativos ao vírus da Imunodeficiência humana e ao *Treponema Pallidum* em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. APS*. 2009;12(2): 194-203.
- Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):463-69.
- Bhaskaran K, Hamouda O, Sannes M, Boufassa F, Johnson AM, Lambert PC, Porter K. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. *JAMA*. 2008;300(1):51-59.
- Bunnell R, Mermin J, De Cock KM. HIV prevention for a threatened continent: implementing positive prevention in Africa. *Journal of the American Medical Association*. 2006; 296(7):855–58.
- Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):90-7.
- Cecchini D, Martinez M, Astarita V, Nieto C, Giesolauro R, Rodriguez C. Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Aergentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(3): 189-95.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et al. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep*. 2003;52(12):1–24.
- Christo PP. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010; 56(2): 242-47.
- Choi K, Bowleg L, Neilands TB. The Effects of Sexism, Psychological Distress, and Difficult Sexual Situations on U.S. Women's Sexual Risk Behaviors. *AIDS Educ Prev*. 2011; 23(5): 397–411.
- Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, *et al*. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med*. 1994; 331:1173-80.
- DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2007]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
- Decker MR, Seage GR, Hemenway D, Raj A, Saggurti N, Balaiah D, *et al*. Intimate Partner Violence Functions as Both a Risk Marker and Risk Factor for Women's HIV Infection: Findings From Indian Husband–Wife Dyads. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 51(5):593-600.

Delicio AM, Milanez H, Amaral E, Morais SS, Lajos GJ, Silva JLCP, *et al.* Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a ten years period. *Reprod Health.* 2011; 8(35): 1-10.

Fee E, Krieger N. Understanding AIDS: Historical Interpretations and the Limits of Biomedical Individualism. *American Journal of Public Health.* 1993; 83:1477-86.

Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet.* 2006;368:505-10.

Halima D, Mofenson LM, Ekpini R, Gilks CF, Barnhart M, Bolu O *et al.* International recommendations on antiretroviral drugs for treatment of HIV-infected women and prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings: 2006 update. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2007; 197(3):42-55.

Irin. Middle East: Interview with head of UNAIDS-MENA region. 2006.

Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol.* 2005;161:774-80.

Kissin DM, Mandel MG, Akatova N, Belyakov NA, Rakhmanova AG, Voronin EE, *et al.* Five-year trends in epidemiology and prevention of mother-to-child HIV transmission, St. Petersburg, Russia: results from perinatal HIV surveillance. *BMC Infect Dis.* 2011;11:292.

Kourtis A, Lee F, Abrams E, Jamieson D, Bulterys M. Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention. *Lancet Infect Dis.* 2006; 6:726-32.

Lattimore S; Thornton A; Delpech V; Elford J. Changing Patterns of Sexual Risk Behavior Among London Gay Men: 1998–2008. *Sexually Transmitted Diseases.* 2011; 38(3): 221-29.

Manent AS, Júnior JG, Silveira ES, Oenning RT, Simões PWTA, Moreira J *et al.* Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates. *Braz J Infect Dis.* 2011; 15(4):349-355.

Matida LH, Ramos Jr. AN, Moncau JE, Marcopito LF, Sousa-Marques HH, Succi RC, *et al.* AIDS by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(3): 435-44.

Matida LH, Ramos AN, Sañudo A, Succi RCM, Marques HHS, Negra MD *et al.* Improving survival in children with AIDS in Brazil: results of the second national study, 1999-2002. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(1):93-103.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006). Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>

Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2007.

Newell ML, Huang S, Fiore S, Thorne C, Mandelbrot L, Sullivan JL, et al. Characteristics and management of HIV-1-infected pregnant women enrolled in a randomised trial: differences between Europe and the USA. *BMC Infect Dis.* 2007; 7:60.

Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus (HIV-1): evaluation of control measures in the city of Santos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2005; 51(1):54-60.

Quinn TC, Overbaugh J. HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science.* 2005;308:1582–1583.

Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MA, Pontes RJ. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/aids and failure in congenital syphilis. *Cad de Saúde Pública.* 2007; 23(3):370-378.

Remien RH, Chowdhury J, Mokhbat JE, Soliman C, Adawy ME, El-Sadr W. Gender and Care: Access to HIV Testing, Care and Treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009; 51(3):106–10.

Rosenbrock R, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Schaeffer D, Setbon M. The Normalization of AIDS in Western European Countries. *Social Science and Medicine.* 2000; 50:1607-1629.

Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica; *Rev. Bras. Epidemiol.* 2002;5(3): 286-310.

Silva MJM, Mendes WS, Gama MEA, Chein MBC, Veras DS. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/ AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2010; 43(1):32-5.

Smith JH, Whiteside A. The history of AIDS exceptionalism. *Journal of the International AIDS Society.* 2010;13:47.

Spensley A, Sripipatana T, Turner AN, Hoblitzelle C, Robinson J, Wilfert C. Preventing mother-to-child transmission of HIV in resource-limited settings: the Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation experience. *Am J Public Health.* 2009; 99(4):631–37.

Sripipatana T, Spensley A, Miller A, et al. Site specific interventions to improve prevention of mother-to-child transmission of HIV programs in less developed settings. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(3):107–12.

Soeiro CMO; Miranda AE; Saraceni V; Lucena NO; Talhari S; Ferreira LCL. Mother-to-child transmission of HIV infection in Manaus, State of Amazonas, Brazil. *Rev Soc Bras de Med Trop.* 2011; 44(5):537- 41.

Souza Jr PRBS, Szwarcwald CL, Junior AB, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):764-72.

Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Dunn DT, Lago TD. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS*. 2008; 26:12(5):513-20.

Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, Ruiter A, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS*. 2008;22:973–81.

World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings: toward universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2009.

World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Report on the Global AIDS Epidemic: 2010. Geneva. 2010.

APÊNDICES

Apêndice A

I - Questionário de Identificação

1. Idade:

- Menor 18 anos
 - 18 a 24 anos
 - 25 a 34 anos
 - \geq 35 anos
-

2. Estado Civil:

- Solteira
 - Casada ou União estável
 - Divorciada
 - Outros: _____.
-

3. Cor/ Raça:

- Branca
 - Preta
 - Amarela
 - Parda
 - Não Informado
-

4. Anos de Escolaridade:

- Analfabeta
 - 1 a 3 anos
 - 4 a 7 anos
 - 8 a 11 anos
 - $>$ 12 anos
-

5. Ocupação:

- Dona de casa
- Desempregada
- Empregada
- Pensionista
- Outros: _____.

II - Questionário Obstétrico Gestante HIV positivo

1. Número de Gestações:

- Primigesta
 - Secundigesta
 - Tercigesta
 - Quadrigesta
 - Multigesta
 - Não Informado
-

2. Número de partos:

- Nenhum
 - 1 a 3
 - ≥ 4
 - Não Informado
-

3. Número de abortos:

- Nenhum
 - 1 a 3
 - ≥ 4
 - Não Informado
-

4. Diagnóstico de HIV da mãe:

- Anterior a gestação
 - Gestações anteriores
 - Gestação atual
 - Não Informado
-

5. Se diagnóstico de HIV em gestação atual:

- 1º Trimestre
 - 2º Trimestre
 - 3º Trimestre
 - Durante parto
 - Após parto
 - Não Informado
-

6. Número de consultas pré-natal:

- Nenhuma consulta
- 1 a 5 consultas

- 6 consultas ou mais
 - Não Informado
-

7. Idade gestacional durante primeira consulta de pré- natal:

- $\leq 14^{\text{a}}$ semana
 - $> 14^{\text{a}}$ semana de gestação
 - Não Informado
-

8. Sexo desprotegido durante gestação:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

9. Uso de drogas injetáveis/ ilícitas pela gestante:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

10. Uso de tabaco pela gestante:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

11. Ingestão de álcool pela gestante:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

12. Status sorológico do parceiro:

- Positivo
 - Negativo
 - Ignorado
-

13. Forma de contaminação de HIV pela gestante:

- Sexo desprotegido
- Compartilhamento de seringa e/ou agulha contaminadas
- Transfusão sanguínea
- Transmissão vertical

- Outros
 - Não Informado
-

14. Uso de TARV durante gestação:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

15. Se realizado TARV durante gestação:

- Monoterapia com AZT
 - TARV combinada
 - Não Informado
-

16. Se uso de ARV durante gestação:

- Profilático
 - Terapêutico
 - Não Informado
-

17. Se uso de ARV durante gestação, início em:

- até 14ª semana de gestação
 - entre 14ª a 28ª semana de gestação
 - Após 28ª semana de gestação
 - Não Informado
-

18. Número de exames de carga viral realizado durante gestação:

- Nenhum
 - < 3 exames
 - ≥ 3 exames
 - Não Informado
-

19. Foi realizado Teste de resistência viral (Genotipagem) durante a gestação:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

20. Via de parto:

- Cesárea eletiva

- Cesárea de urgência
 - Parto normal
 - Parto normal com episiotomia
 - Não Informado
-

21. Presença de hemorragia intra-parto:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

22. Realização de hemograma na gestação:

- Mensalmente
 - Bimestralmente
 - Trimestralmente
 - Não realizou
 - Não Informado
-

23. Gestante com presença de coinfeções:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

24. Se presença de coinfeções:

- Sífilis
 - Hepatites Virais
 - Tuberculose
 - Citomegalovírus
 - Herpes
 - HPV
 - Não Informado
 - Outros: _____.
-

25. Carga Viral no período do parto:

- ≥ 1000 cópias/ ml
 - < 1000 cópias/ ml
 - Desconhecida
-

26. Contagem de linfócitos TCD4+ no período do parto:

- < 200 células/ mm^3

- ≥ 200 células/ mm³
 Não Informado
-

27. Ruptura de membrana amniótica:

- Sim
 Não
 Não Informado
-

28. Presença de comorbidades maternas:

- Não
 DHEG
 Diabetes
 Insuficiência Renal
 Obesidade
 Neoplasias
 Anemia
 Não Informado
 Outras: _____.
-

29. Vacinação materna durante gestação:

- Nenhuma
 Pneumocócica
 Difteria- Tétano
 Contra Hepatite A
 Contra Hepatite B
 Influenza
 Não Informado
 Outra: _____.
-

29. Vacinação materna durante a gestação contra Febre Amarela:

- Sim
 Não
 Não Informado.
-

30. Vacinação materna durante gestação com Vacinas de vírus vivos atenuados :

- Não
 Não Informado
 Tríplice Viral
 Varicela
 Outras: _____.
-

31. Realização de exames durante gestação:

- Nenhum

- Hemograma
 - Tipagem sanguínea
 - Citopatológico de colo do útero
 - Exame sumário de urina
 - Urocultura
 - Glicemia de Jejum
 - Provas de função hepática
 - Testes de tolerância à glicose 75g
 - VDRL
 - Sorologia para rubéola
 - HBsAg
 - Anti- HCV
 - Anti- HAV
 - Sorologia para citomegalovírus
 - Sorologia para toxoplasmose IgM/ IgG
 - Contagem de linfócitos T-CD4 +
 - Carga viral
 - Swab vaginal e anal para pesquisa de streptococo do grupo B
 - Outros:_____.
-

32. Idade Gestacional no momento do parto:

- < 37 semanas
 - 37 a 41 semanas
 - > 41 semanas
 - Não Informado
-

33. Início da administração de AZT endovenoso na gestante:

- ≥ 3 horas anterior ao parto
 - < 3 horas anterior ao parto
 - Não realizou administração de AZT endovenoso
 - Não Informado
-

34. Início de administração de AZT oral ao RN:

- inferior a 2 horas de vida
 - entre 2 horas a 48 horas de vida
 - após 48 horas de vida
 - Não Informado
-

35. Tratamento com AZT oral ao RN até 6 semanas de vida (42 dias):

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

36. Realizado banho ao RN após o nascimento:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

37. Apgar do RN no 1º ou 5º minutos de vida:

- < 7
 - ≥ 7
 - Não Informado
-

38. Vacinação recomendadas oferecidas ao RN nas primeiras 12 horas de vida:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

39. Se realizada vacinação no RN:

- Contra Hepatite B
 - BCG – ID
 - Não Informado
 - Outra: _____.
-

40. Realização de aleitamento materno:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

41. Inibição de lactação materna:

- Não
 - Mecânica (enfaixamento)
 - Farmacológica
 - Não Informado
-

42. Foi fornecido complemento lácteo infantil ao RN:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

43. Realização de profilaxia com antibiótico após expulsão do feto:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

44. Procedimentos invasivos durante o parto:

- Não houve
 - Amniocentese
 - Cordocentese
 - Amniotomia
 - Escalpo cefálico
 - Uso de fórceps
 - Vácuo – extrator
 - Outro
 - Não Informado
-

45. Houve encaminhamento do RN exposto ao HIV a um Serviço de Assistência Especializada – SAE a crianças expostas ao HIV:

- Sim
 - Não
 - Não Informado
-

46. Se a gestante possui alguma ficha de notificação e investigação específica para gestantes HIV+:

- Sim
 - Não
-

Apêndice B

Questionário Profissionais

1. Categoria profissional:

- Técnico de enfermagem
 - Enfermeiro (a)
 - Residente
 - Médico (a)
-

2. Período que atua neste setor:

- < 1 ano
 - 1 a 5 anos
 - > 5 anos
-

3. Já recebeu algum tipo de orientação sobre aconselhamento para clientes HIV positivos:

- Sim
 - Não
-

4. Recebeu algum tipo de orientação sobre Transmissão Vertical de HIV:

- Curso até 20 horas
 - Capacitação nesta Instituição
 - Especialização
 - No curso de formação
 - Nenhuma
 - Outro: _____.
-

6. Quando deve ser realizado o teste rápido anti-HIV na gestante que chega ao serviço:

- Nunca
 - Sempre
 - Somente quando não foi realizado durante pré natal
 - Somente quando conhece o resultado positivo
 - Somente quando a gestante apresenta outra DST
 - Somente quando a gestante apresenta algum fator de vulnerabilidade
 - Desconhece
 - Outro: _____.
-

7. Quantos testes rápidos anti-HIV são necessários para confirmação sorológica:

- Apenas 1 teste
 - No mínimo 2 testes se resultados iguais
 - No mínimo 3 testes se resultados iguais
 - Desconhece
-

8. Qual idade gestacional indicada para realização da cesárea eletiva:

- 38 semanas de gestação
 - 39 semanas de gestação
 - 40 semanas de gestação
 - Desconhece
-

9. Qual a via de parto indicada para gestante HIV positivo com carga viral desconhecida ou superior a 1000 cópias/ml, com 34 semanas de gestação a mais ou que não recebeu profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação:

- Parto Normal
 - Parto Normal com episiotomia
 - Cesárea eletiva
 - Cesárea de urgência
 - Desconhece
-

10. Qual o período indicado para iniciar a administração de AZT endovenoso em gestantes HIV positivo que irão realizar cesárea eletiva:

- 5 horas anterior ao parto
 - 3 horas anterior ao parto
 - 1 hora anterior ao parto
 - Desconhece
-

11. Qual a dosagem indicada de AZT IV para ataque (1ª hora de infusão) em gestante HIV positivo no período do parto:

- 1 mg/kg
 - 2 mg/kg
 - 3 mg/kg
 - Desconhece
-

12. Qual a dosagem indicada de AZT IV para manutenção (infusão contínua) em gestante HIV positivo no período do parto:

- 1 mg/ kg/hora
 - 2 mg/kg/hora
 - 3 mg/kg/hora
 - Desconhece
-

13. Qual procedimento adequado em relação ao cordão umbilical imediatamente após o nascimento do RN exposto ao HIV:

- Não clampar o cordão umbilical
 - Clampar o cordão umbilical com realização de ordenha
 - Clampar o cordão umbilical sem realização de ordenha
 - Desconhece
-

14. Qual o procedimento a ser realizado com o RN exposto ao HIV logo após o parto:

- Passar pano úmido
 - Não dar banho
 - Dar banho em banheira pediátrica
 - Dar banho em água corrente
 - Desconhece
 - Outro: _____.
-

15. Com até quantas horas de vida é indicado que o RN comece a receber AZT por via oral:

- Até 2 horas de vida
 - Até 5 horas de vida
 - Até 48 horas de vida
 - Desconhece
 - Outro: _____.
-

16. Em qual caso é permitido que o RN exposto ao HIV seja encaminhado ao alojamento conjunto, com a mãe:

- Em nenhuma hipótese
 - Em todos os casos
 - Quando RN e mãe estão em bom estado
 - Desconhece
 - Outro: _____.
-

17. É realizada a inibição da lactação em mães HIV positivo nesta Instituição?

- Não é realizada inibição da lactação
 - Método mecânico (enfaixamento das mamas)
 - Método farmacológico (Administração de cabergolina ou equivalente)
 - Ambos os métodos (mecânico e farmacológico)
 - Desconhece
 - Outro: _____.
-

18. Qual a maneira indicada para fornecer amamentação ao RN exposto ao HIV:

- Nenhuma
 - Apenas aleitamento materno
 - Apenas fórmula láctea infantil ou leite pasteurizado (proveniente de Banco de Leite credenciado pelo Ministério da Saúde)
 - Aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz)
 - Alimentação mista (leite humano e fórmula infantil)
 - Desconhece
-

19. É utilizado antibiótico profilático materno logo após a expulsão fetal, nessa Instituição?

- Sim

- Não
 - Desconhece
-

20. Quando é recomendado que os RN recebam as vacinas contra o vírus da Hepatite B e tuberculose (BCG- IG):

- Primeiras 12 horas de vida
 - Primeiras 24 horas de vida
 - Primeiras 48 horas de vida
 - Desconhece
-

21. Se possui acesso a alguma ficha de notificação e investigação específica para gestantes HIV+ :

- Sim
 - Não
-

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título Projeto: “UTILIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DE PROFILAXIA, DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E DEMAIS CONDUTAS RELACIONADAS À TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTANTES DURANTE O PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÁS”

Justificativa do Estudo

O Ministério da Saúde preconiza uma série de medidas visando a Profilaxia da Transmissão Vertical de HIV, porém ainda existem números significantes de casos de transmissão vertical do HIV no Brasil. A presente pesquisa tem o intuito de verificar se as medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV estão sendo seguidas pelos profissionais dessa Instituição em estudo, visando melhor assistência a esse público vulnerável, no intuito de diminuir os índices de Transmissão Vertical do HIV.

Método

Inicialmente, o pesquisador responsável fará uma visita ao Setor para esclarecer os objetivos do estudo, momento em que a Equipe de Enfermagem e Equipe Médica serão convidadas pessoalmente a participar da entrevista com agendamento prévio conforme disponibilidade de horário dos mesmos. Aos profissionais que aceitarem, esta entrevista será realizada na sala de reuniões e com autorização prévia da chefia imediata. O pesquisador responsável se compromete a entregar os questionários aos profissionais e aguardar o preenchimento dos mesmos para o recolhimento, conforme disponibilidade de cada um, durante todo o período destinado à coleta de dados para essa pesquisa, conforme cronograma.

Serão distribuídos questionários estruturados, auto-aplicáveis de fácil compreensão baseados nas Recomendações do Ministério da Saúde para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, com 20 questões relacionadas aos conhecimentos obtidos por esses profissionais acerca das Medidas Profiláticas e da atuação dos mesmos na Instituição em questão.

Baseando-se na Resolução CNS 196/96, o sujeito da pesquisa terá plena liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Além da garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Garantimos o esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e eventuais dúvidas dos entrevistados.

Riscos e benefícios

A equipe executora se compromete com o sigilo absoluto sobre a identidade dos sujeitos da pesquisa.

O pesquisador responsável se compromete em suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, seja físico, psicológico ou social, mesmo não previsto no presente termo de consentimento.

De acordo com as informações contidas neste Termo De Consentimento Livre Esclarecido, baseado nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resolução CNS 196/96, convido o(a) senhor(a) a participar como Sujeito do estudo **“UTILIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DE PROFILAXIA, DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E DEMAIS CONDUTAS RELACIONADAS Á TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTANTES DURANTE O PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÁS”** que está sendo realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Goiás e possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil sob o protocolo nº 029/2011.

Eu, _____,
RG _____, endereço _____
_____, telefone _____, estou ciente de que minha participação consiste em responder um questionário. Também fui informado(a) que, caso não queira participar, isso em nada prejudicará o meu trabalho. Fui esclarecido(a) que quando os resultados forem divulgados, o meu nome não será mencionado. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Para qualquer esclarecimento procurarei a Dra. Janaína Valadares Guimarães e Bruna Lígia Ferreira Almeida na Faculdade de Enfermagem ou pelo telefone (62) 3209-6280/ 8192-3399. Posso também fazer reclamações e dar sugestões ligando para a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil, no telefone (62) 3501-3374. Sei que não serei pago(a) para participar deste estudo.

Informo que compreendo este termo de consentimento e que minha assinatura abaixo significa que aceito participar deste estudo.

Assinatura do Profissional: _____

Pesquisadora Responsável: _____

Goiânia,dede 2012

ANEXOS

ANEXO I



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



Desenvolvimento com Responsabilidade

CA2 nº 02 /12 - CEP/HMI

Goiânia, 27 de março de 2012.

CARTA DE APROVAÇÃO

Protocolo Nº 29/11

Título do Projeto: “Utilização das recomendações de profilaxia, de terapia antirretroviral e demais condutas relacionadas à transmissão vertical do HIV em gestantes durante o pré-natal, parto e puerpério em uma maternidade pública de Goiás”. Versão 2.

Investigador(a): Janaina Valadares Guimarães

Prezado(a) Senhor(a),

Comunico-lhe que o **Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Hospital Materno Infantil CEP-HMI**, analisou e aprovou o Projeto de Pesquisa em epígrafe na sua Versão - 2 , bem como o TCLE Versão - 2, vez que foi considerado o atendimento às adequações sugeridas em análise anterior, consoante aos princípios éticos vigentes.

Informo, ainda, que a presente aprovação tem validade pelo período de tempo definido no projeto e caso hajam alterações no cronograma, ainda que alheias a vontade do pesquisador, estas deverão ser informadas a esse Comitê para fins de análise e deliberação.

Como já é de conhecimento de V.Sa. destaco, por oportuno, a necessidade de ser encaminhado à esse Comitê relatórios semestrais que informem sobre o andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,

Marco Aurélio Albernaz
Coordenador do CEP-HMI