



10º Congresso de Pós-Graduação

MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA NÃO TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Autor(es)

MAIRA LUCIANA FALCI

Orientador(es)

JADSON DE OLIVEIRA SILVA

1. Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença crônica, infecciosa, causada por um retrovírus, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico humano, podendo levar o infectado à morte. A vulnerabilidade das mulheres em idade fértil diante da infecção pelo vírus do HIV tem aumentado de forma assustadora e contribuído para a transmissão materno-fetal do vírus HIV, consequência do desconhecimento do estado sorológico, troca de parceiros sexuais, a não utilização do antirretroviral (ARV), relação sexual desprotegida e o uso de drogas injetáveis. Embora a gravidez seja um evento biológico normal para a maioria das mulheres, também pode se tornar uma situação de risco para as gestantes que apresentem algum distúrbio imunológico (HIV e outras DST), afetando a saúde da mãe e do bebê. Em geral as gestantes de alto risco são identificadas no período de pré-natal, quando o mesmo acontece ou se inicia no tempo certo, o que não ocorrem em algumas regiões do Brasil (1-4-11), podendo repercutir no crescimento da transmissão materno-infantil do HIV e dificultar a eficácia do tratamento. A transmissão vertical do HIV se dá pela passagem do vírus materno para o bebê no período da gestação, durante o parto ou na amamentação, podendo as taxas de infecção ser de 35% durante a gestação, 65% no parto e de 7% a 22% por exposição através da amamentação, com esses dados estima-se que 12.456 (2-3-11), recém-nascidos sejam expostos ao HIV anualmente. No entanto, a intervenção com o antirretroviral (ARV) reduz o percentual de transmissão vertical do HIV em 67,5% (2-3), além de garantir a qualidade de vida da gestante, levando a carga viral abaixo de 1.000 cópias/ml ou até mesmo a níveis indetectáveis. A definição da via de parto deve ser baseada no nível de carga viral que a gestante se encontra, em associação com a avaliação obstétrica (4).

2. Objetivos

Analisar os conteúdos das publicações Científicas Nacionais e Internacionais indexadas em site governamentais, da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) período de 2000 a 2012 e abordar as medidas utilizadas para não transmissão vertical do vírus em gestantes soropositivas. Verificar o nível de conhecimento das gestantes com relação ao seu estado sorológico e do parceiro e às medidas preventivas para não transmissão vertical do HIV.

3. Desenvolvimento

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e qualitativa, cujo instrumento de avaliação contribua para o conhecimento principalmente das gestantes soropositivas para não transmissão do vírus HIV para o bebê. Os critérios gerais de inclusão utilizados foram: pesquisas bibliográficas com os estudos mais relevantes sobre o assunto indexado em site governamentais, da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), artigos nacionais e internacionais de 2000 a 2012, livros de Imunologia e Farmacologia. A coleta de dados teve início em

maio de 2011 e foi concluída em julho de 2012. Para realização do presente estudo foram analisados artigos onde ressaltavam o conhecimento das gestantes diante das suas condições sorológicas e de seu parceiro, números de parceiros sexuais, utilização de preservativos durante a relação, realização do teste rápido, (com o consentimento da gestante e total sigilo dos profissionais de saúde diante do resultado), administração de antirretrovirais durante a gestação (a Zidovudina (AZT) tem sido recomendado e divulgado pelo Ministério da Saúde, preconizando a partir da 14^a e a 28^a semana de gestação, durante o parto e para o recém-nascido (RN) por seis semanas a partir do nascimento) (4-6), via de parto mais adequado para que não ocorra a transmissão vertical do vírus HIV, a não amamentação do recém-nascido e a adesão ao acompanhamento clínico da mãe e do recém-nascido até que seu estado sorológico esteja estabelecido (2). Foram utilizadas figuras para se obter uma visão mais clara sobre o percentual de infecção durante os estágios da gestação até o momento do nascimento do bebê e a eficiência na utilização de medidas preventivas antes e durante a gestação, no momento do parto e após o nascimento do recém-nascido.

4. Resultado e Discussão

Resultados: A transmissão vertical do HIV é responsável por 80 a 90% dos casos de infecção no mundo (6). Sendo divididas na gestação, periparto e amamentação, como mostra a figura a seguir: Figura 1: Percentual de infecção do vírus HIV. Observou-se que o período com maior risco de infecção materno-infantil ocorre durante o periparto sendo de 65%, devido às contrações uterinas liberando microtransfusões placentárias, do rompimento da membrana corioamnióticas e do contato do bebê com o sangue materno (4-11), é importante ressaltar ainda que durante a amamentação natural há a passagem do vírus HIV pelo leite materno sendo de 7% a 22% as chances de contaminação podendo ainda chegar a 29% em casos de mães com infecção aguda pelo vírus, recomenda-se a utilização da fórmula láctea infantil (2-3-11). O uso de AZT diminuiu o caso de transmissão vertical do HIV consideravelmente (7). Como se mostra na figura a seguir. Figura 2: Eficácia na prevenção da transmissão vertical do HIV com a utilização do AZT. Observou-se que, há um maior risco de infecção do feto nos últimos meses da gravidez e na hora do parto como se constatou na figura anterior (figura 1). Para diminuir este risco tem se utilizado o tratamento com AZT em um período de seis meses antes do parto, com dose endovenosa no momento do parto. Este procedimento tem mostrado uma diminuição na taxa de transmissão do vírus de 25% para menos de 2%. O tratamento de recém-nascidos expostos ao vírus tem sido feito nas primeiras 2 horas de vida e mantida por seis semanas (do nascimento até 42 dias) com o uso de AZT na forma líquida contribuindo na prevenção da transmissão do vírus (3-4-7-8-11). Discussão: Com o crescimento dos casos de infecção em heterossexuais, tem aumentado o número de mulheres infectadas pelo HIV (uma mulher para cada dois homens), como consequência se obteve um aumento também do número de recém-nascidos expostos ao vírus sendo de 12.456 por ano (3). Em algumas regiões do Brasil muitas gestantes encontram dificuldade na marcação de consulta dificultando a iniciação precoce do pré-natal e a utilização das medidas profiláticas mais adequadas, não havendo ainda a priorização pelo atendimento de saúde (1-4-11), podendo ser um dos fatores responsáveis pelo crescimento do número de crianças expostas à infecção pelo vírus HIV e de não adesão às medidas de tratamento oferecidas. O diagnóstico do recém nascido só é definido após os 15 meses de vida, pois antes deste período pode haver ainda a presença de anticorpos maternos anti-HIV ocasionando em resultados falso-positivos ou falso-negativos (7-11). Constatou-se ainda com as figuras 1 e 2, que há uma maior exposição do feto durante o periparto e intraparto (75%), seguido do período gestacional (35%), amamentação com infecção materna aguda (29%), exposição intra-útero (25%) e amamentação natural (7 a 22%). Com a implantação de medidas profiláticas adequadas adotadas em alguns locais do país pelo Ministério da Saúde os níveis de transmissão vertical do vírus podem ser reduzidos entre 1 a 2% durante o pré-natal, parto e puerpério (3), podendo ser reduzido ainda na amamentação com a utilização da fórmula láctea infantil (no Brasil a formula láctea é fornecida até a criança completar 6 meses de idade no mínimo) (4-11), evitando o contato com o leite materno. A utilização do AZT 6 meses antes do parto e com doses endovenosa durante o parto tem mostrado uma redução da transmissão vertical de 25% para 2%(3-7) sendo uma redução consideravelmente alta. Com o conhecimento do estado sorológico essas medidas são ainda mais eficazes muitas mulheres deixam de realizar o teste de HIV por medo da confirmação do resultado e pela discriminação diante da sociedade(10), a utilização de antirretrovirais e a definição da via de parto adequado antes da gestante entrar em trabalho de parto podem diminuir ainda mais as chances de transmissão materno-infantil do vírus, aumentando a qualidade de vida da mãe e do bebê. No entanto não é só o desconhecimento do estado sorológico que se torna um obstáculo na adoção de medidas preventivas, a não utilização do preservativo principalmente em caso de parceiros fixos também se torna um obstáculo na prevenção da infecção pelo vírus do HIV (10), muitas mulheres explicam que a solicitação do preservativo pode reverter em uma ideia de perda de confiança no parceiro (5), essa ideia pode ser consequência da falta de diálogo entre os parceiros dificultando a negociação de sexo seguro (9), além da falta de informações relacionadas ao risco de doenças sexualmente transmissíveis.

5. Considerações Finais

Podemos concluir que mesmo existindo ainda algumas falhas na cobertura de gestantes soropositivas em algumas regiões do Brasil, a medidas preventivas adotadas tem mostrado resultados positivos com uma grande queda na transmissão vertical do vírus HIV, a disponibilização de antirretrovirais e preservativos pelo Ministério da Saúde têm melhorado a qualidade de vida significativamente, além da disponibilização da formula láctea infantil. Conclui-se que o conhecimento das condições sorológicas da mulher e do parceiro, a utilização de preservativos durante o ato sexual, planejamento familiar, realização do teste rápido, adesão aos

antirretrovirais, via de parto mais adequado com o quadro da gestante, o aleitamento com fórmula láctea infantil, a utilização do antirretroviral na forma líquida para o recém-nascido nas primeiras seis semanas (3-11) e o acompanhamento multidisciplinar até o diagnóstico final do recém-nascido ser estabelecido, são algumas medidas adotadas para que não ocorram a transmissão do vírus HIV para o parceiro com condições sorológicas desconhecidas ou sorodiscordante e de prevenção da transmissão vertical do HIV, ajudando ainda no controle dos pacientes soropositivos mantendo o nível da carga viral menor que 1.000 cópias/ml ou até mesmo indetectável, aumentando a sobrevida e qualidade de vida de todos.

Referências Bibliográficas

1- ARAUJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2008, vol. 13, n6, pp. 1899-1906. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S141381232008000600025&caller=www.scielo.br&lang=en>. Acesso em: 20 de abril. 2011.

2- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis. Manual de Bolso. Brasília-DF: Ministério da Saúde. [online]. 2007. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 22 de janeiro. 2012.

3- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. [online]. 2007. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf. Acesso em: 12 de dezembro. 2011.

4- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e para terapia antirretroviral. [online]. 2010. 5ª ed, n. 46. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/490.pdf>. Acesso em: 25 de maio. 2011

5- GONCALVES, T. R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literature. Psicol. Soc. [online]. 2009. Vol. 21, n. 2, pp. 223-232. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S010271822009000200009&caller=www.scielo.br&lang=en>. Acesso em: 20 de abril. 2011.

6- YOSHIMOTO, C. E. DINIZ, E. M. A.; VAZ, F.A. C. Evolução clínica e laboratorial de recém-nascido de mãe HIV positiva. Ver. Assoc. Med. Bras. [online]. 2005, vol. 51, n. 2, pp. 100-105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000200017&lang=pt. Acesso em: 22 de abril. 2012.

7- BALESTIERI, F. M. P. Imunologia/ Filomena Maria Perrella Balestieri.- Barueri, SP: Monole, 2006.

8- CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol. 15, suppl. 1, pp. 1216-1226. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700031&lang=pt. Acesso em: 20 de janeiro de 2012.

9- BRASIL. Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da FEMINIZAÇÃO da Epidemia de Aids e outras DST. Versão Revisada: Julho de 2009. [online] Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=plano-de-enfrentamento-da-feminiza%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 3 de novembro. 2011.

10- ALMEIDA, J. M. PRAÇA, N. S. Transmissão Vertical Zero: parceria entre o serviço público e o terceiro setor. Acta paul. enferm. [online]. 2009, vol. 22, n. 4, pp. 374-379. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400004&lang=pt. Acesso em: 26 de abril de 2012.

11- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". Revist. Epidemiol. Serv. Saúde. [online]. 2010, vol. 19, N. 3, pp. 257-269. Disponível em :<http://www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 1 de maio. 2012.

Anexos

FIGURA 2: Utilização de medidas profiláticas

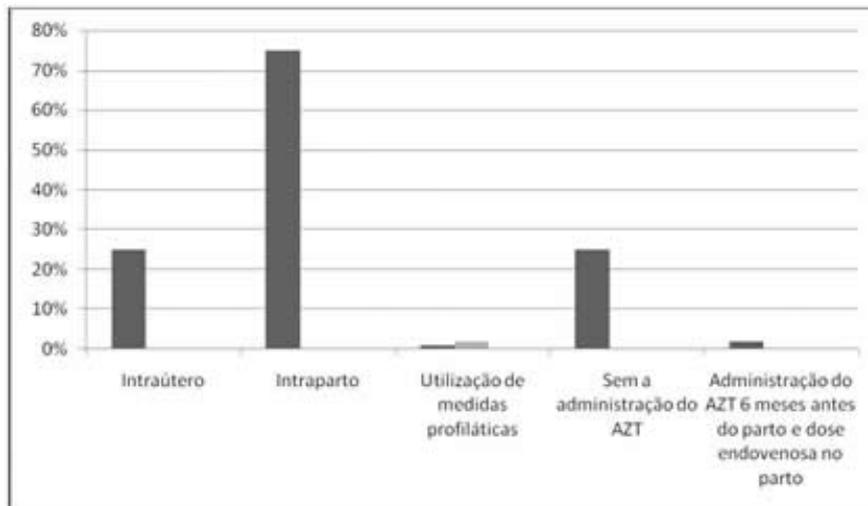


FIGURA 1: Período de infecção do vírus HIV

