



CLÍNICA

O conhecimento dos profissionais de saúde na profilaxia da transmissão vertical do HIV em uma maternidade pública brasileira

El conocimiento de los profesionales de la salud en la prevención de la transmisión vertical del VIH en una maternidad pública brasileña

The knowledge of health professionals in prophylaxis of HIV vertical transmission in a Brazilian public maternity

***Barbosa, Bruna Lígia Ferreira Almeida **Guimarães, Janaína Valadares
Salge, Ana Karina Marques *Fávaro, Ludmila Camilo**

*Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFG. E-mail: brunalfalmeida@yahoo.com.br **Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem. *** Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Bolsista do PIBIC/UFG. Universidade Federal de Goiás – FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

Palavras chave: Profissionais de Saúde; Transmissão Vertical; HIV

Palabras Clave: Personal de Salud; Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; VIH

Keywords: Health professionals; mother to child transmission; HIV

RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde que cuidam de gestantes HIV positivo, quanto as medidas profiláticas do risco de transmissão vertical do HIV. 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. 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 quando carga viral for superior a 1000 cópias/ml, 66% não sabiam a dose para ataque do AZT e o tempo de no mínimo duas horas a ser utilizado antes do parto, 84% não conheciam qual o método indicado para inibição da lactação. Conclui -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.

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas VIH positivas, en lo que se refiere a las medidas profiláticas del riesgo de transmisión vertical del VIH. 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 una maternidad pública en Goiás, Brasil. De los profesionales encuestados el 76% tenían un conocimiento inadecuado sobre la prueba del VIH en mujeres embarazadas, el 80% desconocía a qué edad gestacional se realiza la cesárea electiva

cuando la carga viral es mayor de 1000 copias / ml, el 66% no sabe cuál es la dosis recomendada de ataque AZT y el tiempo transcurrido antes de la entrega, el 84% no sabe cuál es el método adecuado para la inhibición de la lactancia. Se concluye que es necesaria la implementación de estrategias dirigidas a la formación de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas VIH-positivas en su lugar de trabajo.

ABSTRACT

The objective was to assess the knowledge of health professionals who care for pregnant HIV positive, as prophylactic measures the risk of vertical HIV transmission. 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. Of the professionals surveyed 76% had inadequate knowledge about HIV testing in pregnant women, 80% unaware that gestational age is held elective caesarean section when viral load is greater than 1000 cop / ml, 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. Concludes as necessary the implementation of strategies aimed at training health professionals who care for HIV positive pregnant women in the workplace.

INTRODUÇÃO

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 territórios¹.

A transmissão vertical (TV) é a principal causa de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em menores de 15 anos de idade, correspondendo à infecção do HIV transmitido da mãe ao seu filho, durante a gravidez, parto e/ou amamentação².

Existem intervenções efetivas para a prevenção da TV baseadas no diagnóstico precoce da infecção e na utilização de protocolos assistenciais bem estabelecidos³.

O risco de TV pode cair de até 30% para menos de 2% graças às intervenções biomédicas que podem ser fornecidas à gestante e RN, durante a gravidez, parto e amamentação⁴.

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 gestante⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010 estimou que apenas 53% das gestantes portadoras do vírus HIV em países de baixo e médio desempenho, receberam os medicamentos antirretrovirais durante o ano de 2009⁶.

Como consequência da baixa qualidade dos atendimentos que tem sido prestados por profissionais de saúde em relação ao cuidado a gestantes portadoras do vírus HIV, alguns manuais recomendam a implementação da rotina de aconselhamento e testagem de HIV, como parte dos serviços de cuidados durante o pré-natal⁶.

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 público⁷.

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 HIV⁸.

Destaca-se a necessidade de considerar a condição peculiar do atendimento que deve ser oferecido a este grupo de mulheres⁹. Dessa forma, torna-se indispensável uma maior atenção à promoção da saúde da gestante portadora do vírus HIV, não somente pelos riscos inerentes a sua condição, mas, também, pela carência de ações educativas e preventivas do sistema de saúde.

A partir do exposto e da reflexão sobre a importância do papel do profissional de saúde na disseminação da TV do HIV, surgiu o interesse em desenvolver o presente estudo. Neste sentido, teve-se como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde, que cuidam de gestantes portadoras do vírus HIV, quanto às medidas profiláticas do risco de TV do HIV.

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 portadoras do HIV, que tiveram o parto realizado entre janeiro de 2006 e dezembro de 2011, nesse serviço.

O questionário utilizado contemplou dados referentes às medidas profiláticas de TV do HIV realizadas pelos profissionais de saúde, que foram revisados e analisados seguindo o manual de Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2010⁶.

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 foram 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, interrompia-se a tentativa de entrega do questionário para aquele profissional, o que ocorreu com seis profissionais, correspondendo a quatro recusas e duas desistências.

O Projeto de Pesquisa 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

Dentre os profissionais entrevistados, 5 (20%) atuam neste setor a menos de um ano, 9 (36%) atuam de um a cinco anos, 11(44%) há mais de cinco anos, sendo um enfermeiro e dez profissionais de equipe de enfermagem de nível médio.

Conforme a Tabela 1, ao serem questionados sobre quando deve ser realizado o teste rápido anti-HIV na gestante, 8 (32%) dos profissionais responderam que deve ser realizado sempre e quando questionados sobre o número necessário de testes para confirmação sorológica, 19 (76%) sabiam da necessidade de dois testes rápidos se resultados iguais.

Tabela 1: Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as medidas profiláticas para evitar a transmissão vertical do HIV em gestantes portadoras do HIV, 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 a Idade Gestacional (IG) recomendada para realização da cesárea eletiva, 10 (40%) disseram ser com 39 semanas de gestação e 18 (72%) profissionais também disseram ser a cesárea eletiva, a via de parto recomendada para carga viral menor que 1000 cópias/ml e idade gestacional igual ou superior a 34 semanas.

Quanto a recomendação sobre o início da administração de AZT endovenoso anterior a cesárea eletiva, obtivemos a mesma quantidade de profissionais 11 (44%) que disseram ser realizado três horas anteriores ao parto e 11 (44%) que alegaram ser realizado uma hora anterior ao parto. Onze (44%) profissionais disseram que a dose de ataque de AZT IV, deve ser de 3 mg/kg e 15 (60%) dos profissionais consideram que a dose de manutenção de AZT IV deve ser de 1 mg/kg.

Ao serem questionados sobre qual método de inibição de lactação utilizado, 16 (64%) profissionais alegaram usar ambos os métodos (mecânico e farmacológico), 13 (52%) disseram que é utilizado antibiótico profilático materno após expulsão fetal nesta Instituição e 17 (68%) profissionais possuem acesso a ficha de notificação específica para gestantes HIV +.

Quando abordados os primeiros cuidados ao RN exposto ao HIV (Tabela 2), 19 (76%) dos entrevistados informaram que é realizado o clampeamento do cordão sem realização de ordenha, 17 (68%) disseram que deve ser realizado banho em água corrente após o parto de um RN exposto, 22 (88%) encaminham o RN ao alojamento conjunto quando mãe e RN estão em bom estado e 20 (80%) conhecem que a dose de AZT oral ao RN deve ser realizada nas primeiras duas horas de vida.

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		
Clampar cordão com realização de ordenha	01	4,0
Clampar 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

Sobre a maneira recomendada de amamentação ao RN, 17 (68%) optaram pela fórmula láctea infantil proveniente de Banco de Leite Humano e 19 (76%) disseram que o RN deve ser vacinado nas primeiras 12 horas de vida, contra Hepatite B e Tuberculose BCG – IG.

Ao serem analisadas as atitudes dos profissionais nos prontuários das gestantes e RN em estudo (Tabela 3), pudemos observar que dentre os 323 prontuários analisados, em 215 (66,6%) dos casos a administração de AZT nas gestantes ocorreu com mais de 3 horas antecedentes ao parto e o início de administração de AZT oral ao RN, ocorreu em 191 (59,1%) casos, de 2 a 48 horas após o parto.

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

Em relação aos primeiros cuidados com o RN, a prescrição de AZT oral até seis semanas de vida, ocorreu em 297 (92%), não foi realizado banho em água corrente em 222 (68,7%) e em 19 (76%) casos não houve o registro de vacinação do RN contra Hepatite B e BCG – IG no período de até 12 horas como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quando observadas as práticas abordadas em relação ao aleitamento do RN exposto ao HIV, 312 (96,6%) puérperas não realizaram o aleitamento materno, considerando que 5 (1,5%) eram natimortos e nos demais casos não houve notificação. Em 159 (49,2) houve a inibição da lactação utilizando os métodos mecânico (enfaixamento) e farmacológico. Houve o fornecimento de complemento lácteo infantil de acordo com as normas do Ministério da Saúde para 301 (93,2%) dos RN.

Foi realizada a profilaxia com antibiótico em 211 (65,3%) partos e não houve nenhum tipo de procedimento invasivo durante 310 (96%) partos, além disso, 185 (57,3%) das puérperas e RN foram encaminhados para algum Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde, em relação às recomendações de profilaxia da TV de HIV, em uma Instituição referência ao atendimento desse público, baseando no Manual de Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, criado pelo Ministério da Saúde em 2010.

Observa-se que dentre os profissionais participantes do estudo, a maioria trabalhava no setor há mais de cinco anos, caracterizando um grupo significativo de profissionais com experiência na área. Em contrapartida, um estudo que investiga o cuidado

prestado a puérperas portadoras do HIV, revela que a maioria dos profissionais atuantes trabalhavam no setor por um período inferior a cinco anos⁹

Espera-se que profissionais experientes apresentem maior adesão às medidas profiláticas, porém nossos resultados contrariam essa lógica, e esse fato nos inquirir a averiguar as causas dessa discrepância, reforçando a importância do estudo.

De acordo com Oliveira et al., a ausência de detecção do 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 saúde¹⁰.

A maioria dos entrevistados deste estudo, alegaram que o teste rápido deve ser realizado sempre, porém essa informação diverge do preconizado pelo Ministério da Saúde, 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.

Grande parte dos profissionais conhecem a necessidade de dois testes rápidos se resultados iguais, conforme consta no Manual do Ministério da Saúde⁶. Seguindo essa recomendação, há maior confiabilidade diagnóstica, possibilitando que as condutas preconizadas sejam seguidas de forma segura.

Quanto à via de parto recomendada para carga viral menor que 1000 cópias/ml e idade gestacional igual ou superior a 34 semanas, os profissionais apontaram ser a cesárea eletiva como a indicada. O Ministério da Saúde preconiza que seja realizada a cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto e a idade gestacional recomendada são 38 semanas de gestação⁶. Porém, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde, um estudo com obstetras 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 positivo⁸. Esse fato chama atenção considerando que, a via de parto da gestante portadora do HIV 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 é reconhecida como o principal fator associado à TV do HIV.

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 TV¹².

Em relação à idade gestacional indicada para realização de cesárea eletiva, uma pequena parcela dos profissionais alegaram ser com 38 semanas de gestação. Esse resultado nos alerta sobre a deficiência de informações obtidas por esses profissionais, mesmo existindo um Manual que rege as condutas a serem utilizadas nos serviços que atendem esse público, pois foi verificado que é desconhecida a idade gestacional correta.

Entretanto a maior parte dos profissionais, responderam ser a cesárea eletiva a via de parto indicada para a gestante com carga viral superior a 1000 cópias/ml. Comprovando a importância da escolha correta da via de parto, uma metanálise de 15 estudos, mostrou que a cesariana eletiva, realizada antes da rotura das membranas amnióticas, reduziu a transmissão do HIV em 50%, quando comparada a outras formas de parto. Quando associada ao uso de protocolo que associa AZT oral até o parto a dose intravenosa administrada antes e durante o parto, essa redução chegou a 90%¹³.

O Ministério da Saúde recomenda que o início da infusão de AZT intravenoso 3 mg/kg seja realizado 3 horas anteriores ao parto, todavia ao responderem essa questão no questionário autoaplicativo, verificamos o despreparo dos profissionais.

A análise dos dados da prática profissional demonstrou que a maior parte das gestantes tiveram a infusão de AZT intravenoso com mais de 3 horas antecedentes ao parto, informação semelhante foi verificada em outro estudo, onde mais da metade dos profissionais sabiam quando deve ser realizada a infusão de AZT nas gestantes¹⁴.

Observamos maior conhecimento, quando questionados sobre as medidas profiláticas prestadas ao RN, tais como o clampeamento precoce do cordão umbilical¹¹ sem realização de ordenha.

É preconizado que seja administrado AZT oral ao RN exposto ao HIV nas duas primeiras horas de vida⁶, um outro estudo brasileiro mostrou que 90% dos RN fizeram uso de profilaxia com AZT oral nas primeiras 48 horas de vida¹⁵. 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 cervico-vaginais no momento do parto.

Ao serem questionados a maioria dos profissionais 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.

O *Aids Clinical Trials Group* (ACTG 076) preconiza que seja administrado AZT oral ao RN até as 6 semanas de vida, 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 medida¹⁶.

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 RN¹⁷. Novamente os profissionais demonstraram possuir o conhecimento e não seguir essa medida na prática.

Em relação à imunização, foi grande o número de RN expostos ao HIV que não receberam vacinação contra hepatite B e tuberculose (BCG-ID) contrariando as recomendações do Ministério da Saúde que indica essas vacinas nas primeiras 12 horas de vida⁶.

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%¹⁸. A investigação sobre a prática do aleitamento materno demonstrou uma conduta satisfatória por parte dos profissionais investigados, divergindo de um estudo realizado entre os anos de 1998 a 2006 na região norte do Brasil, onde 70% das mulheres amamentaram seus filhos¹⁹, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde. Visando a prevenção da transmissão do HIV, a World Health Organization (WHO) orienta que para bebês de mães portadoras do HIV, seja suspensa a amamentação e utilizem os substitutos do leite materno quando forem aceitáveis, factíveis, acessíveis, seguros e sustentáveis; caso contrário a WHO recomenda a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida do bebê²⁰.

Uma pesquisa realizada em uma capital do sudeste brasileiro, constatou que 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 no período do puerpério⁹, diferente do presente estudo que teve a maior adesão por parte dos profissionais, que relataram em sua maioria o uso da associação dos dois métodos de inibição da lactação (mecânico e farmacológico).

Os procedimentos para inibição da lactação consistem em um período penoso e enfatizam 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 Saúde⁶ 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 disponível²¹.

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 pântero-estatural²¹.

Obteve-se um índice de adesão 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 aceitável²². Os entrevistados 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 nas demais medidas.

A realização de profilaxia com antibiótico imediatamente após o parto diminui a incidência de infecções pós-operatórias²³. Ainda seguindo a recomendações de profilaxia de TV do HIV do Ministério da Saúde, obteve-se dados satisfatórios em relação à realização da profilaxia com antibiótico durante o parto, porém quando observado o conhecimento dos profissionais, obteve-se um índice inferior de profissionais que sabiam da importância da profilaxia com antibiótico após expulsão fetal.

Outro fator de vulnerabilidade é a realização de procedimentos invasivos durante o parto, pois o uso de fórceps ou vácuo-extrator estão associados a maior taxa de transmissão vertical do HIV²⁴. Na maior parte dos partos do presente estudo não houve procedimentos invasivos como a amniocentese, monitorização fetal interna, uso de fórceps ou vácuo extrator e episiotomia, o que poderia aumentar o risco de transmissão.

Verificou-se que os recém-nascidos foram encaminhados a um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), pois 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.

CONCLUSÕES

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 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.

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

1. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):463-69.
2. 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.
3. 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.* 2011 set; 11(3): 1-9.
4. 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.

5. 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*. 2010; 26(9):1788-96.
6. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.
7. 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).
8. 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).
9. 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.
10. 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).
11. 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.
12. Gianvecchio RP, Golberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 581-88.
13. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency vírus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 1999; 340:977-87.
14. 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.
15. 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.
16. Aids Clinical Trial Group Protocol 076. Protocol of mother to infant transmission of HIV. 1994.
17. 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.
18. 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.
19. 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; 33 (4).
20. WHO (World Health Organization). World Health Assembly. Infant and young child nutrition. Geneva; 2001. (Resolution n WHA 54.2).
21. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Versão Preliminar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.
22. 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.

23. Rivlin ME, Carroll S, Morrison JC. Infectious necrosis with dehiscence of the uterine repair complicating cesarean delivery. *Review. Obstet Gynecol Surv.* 2004; 59(12):833-37.
24. Newell ML, Dunn DT, Peckham CS, Semprini AE, Pardi G. Vertical transmission of HIV-1: maternal immune status and obstetrics factors. *The European Collaborative Study. AIDS* 1996; 10: 1675-81.

Recebido: 10 de julho de 2014; Aceito: 20 de setembro de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia