



ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Puérperas com vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e as condições de nascimento de seus recém-nascidos

Puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo (VIH+) y las condiciones de sus recién nacidos

Verissimo de Oliveira, MI. **Andrade Bezerra, MG. ***Bezerra Filho, JG. *Bezerra, JP. *****Carvalho de Oliveira, RM. *****Gonçalves Feitosa, RF.**

*Doutoranda em Saúde Coletiva. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand- Universidade Federal do Ceará. E-mail: oliveira_ivoneide@yahoo.com.br **Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza. Enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand- Universidade Federal do Ceará. ***Biestatístico. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Docente do Programa de Pós Graduação UFC/UECE. ****Especialista em Neonatologia pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza. ***** Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Ceará. *****Doutora em Farmacologia. Enfermeira do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará. Brasil.

Palavras chave: Cuidado Pré-natal; Cesárea; Recém-nascido.

Palabras clave: Cuida prenatal; cesárea; rec ién nacido.

Keywords: Prenatal Care; Cesarean Section; Infant, Newborn.

RESUMO

Objetivos: caracterizar o perfil de puérperas com vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e condições de nascimento dos recém-nascidos.

Método: estudo retrospectivo descritivo, abordagem quantitativa, realizado em maternidade pública, em Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaram todas puérperas soropositivas HIV+ e seus recém-nascidos admitidos em 2009, totalizando 27 cada, registrados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE).

Resultados: quanto às mães, 37,0%, tinham faixa etária 21- 25 anos, 11,1% usaram droga, 48,1%, tinham uma a duas gestações, 40,7% não realizaram seis consultas pré natal, 96,3% tiveram parto cesárea, 74,0% usaram Zidovudine (AZT). Quanto ao recém-nascido 74,0 %, tinham estatura de 45-49 cm, 63,0%, perímetro cefálico 32-34 cm, 63,0%, perímetro torácico 30-33 cm, 14,8% com peso > 3.500g, 18,5% nasceram pré-termo, 3,7% apresentaram apgar no primeiro minuto de 4-7 e 96,3% >7 e 37,1% apresentaram taquipneia transitória.

Conclusão: foi expressivo o número de gestantes com terapia antirretroviral na gestação e parto, apesar de grande parte das mulheres terem realizado menos de seis consultas pré-natal. Um dado a

merecer atenção é a baixa quantidade de recém-nascidos encaminhados para o alojamento conjunto. O peso de nascimento, estatura e perímetro cefálico foram na sua maior parte satisfatório, e equivalente ao relatado na literatura pertinente.

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar el perfil de puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo (VIH+) y condiciones de nacimiento de los recién-nacidos.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo, enfoque cuantitativo, realizado en maternidad pública, en Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaron todas las puérperas seropositivas VIH+ y sus recién nacidos admitidos en 2009, totalizando 27, registrados en el Núcleo de Vigilancia Epidemiológica (NUVE).

Resultados: En cuanto a las madres, 37,0%, tenían franja de edad de 21-25 años, 11,1% tomaron droga, 48,1%, tenían de una a dos gestaciones, 40,7% no realizaron seis consultas prenatal, 96,3% tuvieron parto cesárea, 74,0% tomaron Zidovudine (AZT). En cuanto al recién nacido 74,0 %, tenían estatura de 45-49 cm, 63,0%, perímetro cefálico 32-34 cm, 63,0%, perímetro torácico 30-33 cm, 14,8% con peso > 3.500g, 18,5% nacieron pre-término, 3,7% presentaron apgar en el primer minuto de 4-7 y 96,3% >7 y 37,1% presentaron taquipnea transitoria.

Conclusión: Fue relevante el número de gestantes con terapia antirretroviral en la gestación y parto, a pesar de que gran parte de las mujeres habían realizado menos de seis consultas prenatal. Un dato a tener en cuenta es el bajo número de recién nacidos dirigidos al nido. El peso de nacimiento, estatura y perímetro cefálico fueron en su mayoría satisfactorios, y equivalente al relatado en la literatura pertinente.

ABSTRACT

Objectives: To characterize the profile of mothers with positive human immunodeficiency virus (HIV+) and birth conditions of newborns.

Method: A retrospective descriptive study, quantitative approach performed in a public maternity in Fortaleza, Ceará-Brazil. All the participants were HIV + seropositive mothers and their newborns admitted in 2009, totaled 27, recorded in the Epidemiological Surveillance Unit (NUVE).

Results: the mothers, 37.0% were aged between 21-25 years, 11.1% used drugs, 48.1% had had one to two pregnancies, 40.7% had not carried out at least six prenatal consultations, 96, 3% had a cesarean delivery, 74.0% used Zidovudine (AZT). Concerning the newborn 74.0% were 45-49 cm tall, 63.0%, head circumference 32-34 cm, 63.0%, chest circumference 30-33 cm, 14.8% weighed > 3500 g, 18.5% were born preterm, 3.7% had Apgar in the first minute of 4-7 and 96.3% > 7 and 37.1% had transient tachypnea.

Conclusion: Although most women had done less than six prenatal visits, there were a significant number of pregnant women with antiretroviral therapy in pregnancy and childbirth. The number of newborns sent to rooming was quite low. Birth weight, height and head circumference were mostly satisfactory and equivalent to that reported in literature.

INTRODUÇÃO

No início da década de 1980, a humanidade viu-se diante do grande desafio de enfrentar a pandemia da aids, doença causada pelo vírus da imunodeficiência adquirida que hoje ocupa lugar de destaque entre os principais problemas de saúde no mundo. Ao descrever a trajetória dessa pandemia por meio do número absoluto de casos, observa-se que, nos vinte e seis primeiros anos da epidemia, de 1980 a 30 de julho de 2006, o Brasil notificou 433.067 casos. Foi conhecido, então, o impacto da epidemia nas mulheres brasileiras¹.

Em 1986, contabilizava-se uma mulher infectada a cada dezesseis homens na mesma situação. Hoje essa razão homem-mulher passou à ordem de 2/1, mas há

regiões onde a razão é 1/1. Predominam casos de soropositividade entre jovens (sobretudo na faixa dos 15 aos 19 anos) e mulheres menos escolarizadas (com menos de oito anos de estudo). De acordo com os dados atuais do Ministério da Saúde (MS), a epidemia da aids cresce nove vezes mais entre as mulheres².

O aumento no número de mulheres com aids trouxe como consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical (TV) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Essa situação provocou a infecção de percentual considerável de crianças em todo o mundo com o vírus HIV, em virtude de muitas das mulheres com aids encontrarem-se em idade reprodutiva. Segundo estimativas do Ministério da Saúde apontam, a cada ano, 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV. Desse modo, a TV torna-se responsável por praticamente todos os casos da infecção em crianças menores de 13 anos³.

Como mostram os dados, os padrões de disseminação da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) mudaram, particularmente em decorrência do predomínio da forma de transmissão heterossexual, sendo decisivos para o aumento da incidência de casos de aids em mulheres. Além disso, o crescimento de casos de aids entre mulheres teve, como consequência, o aumento da transmissão vertical da infecção pelo HIV, com elevação do número de casos de aids em crianças, em todo o mundo. No Brasil, cerca de 80% dos casos de aids pediátrica, ou seja, em crianças com até 13 anos de idade, advêm de transmissão vertical⁴.

Como mencionado, o número de crianças expostas vem aumentando pois, desde o surgimento dessa doença em nosso meio, tem sido observado o crescimento do número de casos entre mulheres em idade fértil com infecção pelo HIV/aids. Tal fato persiste até os dias atuais com a verificação de que a epidemia cresce nove vezes mais entre as mulheres⁵.

O elevado número de mulheres infectadas motivou o Ministério da Saúde a tomar medidas imediatas com vistas a garantir assistência especializada, na perspectiva da erradicação ou de, pelo menos, atenuação da transmissão vertical. Em 1995 o Estado passou a recomendar a realização do rastreamento sorológico para o HIV através de testes rápidos durante a assistência pré-natal. Este teste, quando positivo, propicia a redução da transmissão vertical, por meio da profilaxia subsequente com Zidovudine (AZT)³

Com a identificação precoce da gestante portadora do HIV possibilita-se seu devido acompanhamento, beneficiando a mãe e o bebê mediante adoção de medidas preventivas, entre elas a proibição do aleitamento materno e o emprego da profilaxia para pneumocistose, causa de morte mais frequente em crianças com aids menores de um ano⁶.

Segundo recomendado, as gestantes infectadas pelo HIV deverão receber a terapia antirretroviral objetivando a profilaxia da transmissão materno-infantil. O Zidovudina deve ser utilizado por via oral a partir de quatorze semanas de gestação, é importante coletar sangue da gestante para contagem de linfócitos CD4 e a média da carga viral a fim de avaliar a necessidade de modificar o esquema terapêutico e de utilizar quimioprofilaxia para infecção oportunística. Por ocasião da cesárea eletiva, o AZT será injetado via endovenosa três horas antes da operação e mantido até a ligadura do cordão umbilical. Se o recém-nascido receber o AZT por solução oral, nas primeiras oito horas após o parto, a medicação permanece por seis semanas. Empregado corretamente o tratamento com o AZT, praticada a cesárea eletiva,

proscrito o aleitamento materno, a taxa de transmissão vertical atual para o HIV é de 2%⁷.

Também devem ser tomadas medidas para proteger o recém-nascido de maior exposição ao sangue e aos líquidos orgânicos maternos. A pele deste deve ser limpa com sabonete, com água e com álcool, antes dos procedimentos invasivos, como a administração de vitamina K ou a punção no calcanhar. Todos os dias o coto umbilical deve ser limpo meticulosamente até a cicatrização completa. De modo geral, o recém-nascido pode ser cuidado no berçário normal. Ademais, não se exige o uso de luvas para atividades como vestir ou alimentar o bebê⁸.

É interessante salientar, entretanto, o seguinte: apesar de nascerem em boas condições, como são excluídos do aleitamento materno para prevenção de contaminação, tais neonatos ficam expostos a outros problemas inerentes a essa faixa etária, como infecções generalizadas decorrentes da baixa imunidade. Assim, tornam-se importantes o acompanhamento clínico e as orientações para a saúde relativa à higiene e à alimentação da criança, visando à prevenção de complicações, como também o controle específico instituído pelo Ministério da Saúde para filhos de portadoras do HIV⁶.

Virtualmente, todo bebê nascido de uma mãe soropositivo terá anticorpos HIV ao nascer; no entanto, os recém-nascidos não infectados perdem o anticorpo materno entre os primeiros oito a quinze meses de vida. Tipicamente, o bebê infectado por HIV é assintomático ao nascer e não apresenta sinais físicos óbvios. Contudo, a ocorrência de uma infecção oportunista (causada por um organismo que geralmente não provoca a doença) no neonato pode alertar o cuidador sobre a presença da infecção HIV, ou auxiliar na confirmação do diagnóstico. Quanto à idade média do início das infecções oportunistas, gira em torno dos três meses aos seis meses de vida⁸.

O lactente exposto ao HIV deve ser acompanhado com consultas quinzenais nos dois primeiros meses de vida, mensais até os seis meses e trimestrais de dezoito a vinte quatro meses. Em todas as consultas é imprescindível o exame físico completo da criança, com avaliações do peso, estatura, perímetro cefálico e desenvolvimento neurológico. Como observado, as crianças infectadas podem apresentar baixo ganho de peso e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros meses de vida. No primeiro mês, aos dez, quinze e trinta dias de vida, deve-se reforçar a adesão ao uso AZT, que a criança deve estar recebendo desde o nascimento, bem com ajustar a dose de acordo com o peso atualizado do paciente e reforçar com o responsável a indicação de não alimentá-la com leite materno⁹.

Antes de um ano de vida, as crianças infectadas manifestam alguns sintomas semelhantes aos observados nos adultos, incluindo a linfadenopatia, a hepatoesplenomegalia, a diarreia crônica, a pneumonite intersticial e a estomatite persistente. Além disso, apresentam deficiência de crescimento e atraso no desenvolvimento, infecções bacterianas graves recorrentes e, ocasionalmente, aumento das glândulas parótidas. A pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PCP) ocorre em 62% dos bebês afetados e o sarcoma de kaposi, em 5% destes. Comumente, a infecção viral causada pelo Citomegalovírus (CMV) e pelo vírus Epstein-Barr é observada nas crianças com aids. A sepse bacteriana também pode constituir uma manifestação inicial⁸.

Deve-se orientar a família sobre a vacinação. Crianças com HIV, sintomática ou assintomática, devem receber todas as vacinas de rotina, exceto o poliovírus oral. Lembre-se ainda: as pessoas em contato com a família também não devem receber a vacina de pólio oral, pois o vírus pode ser transmitido para a criança imunodeprimida. Mas a vacina inativada da poliomielite pode ser aplicada⁸.

Rotineiramente, o momento da alta da maternidade costuma ser revestido de um estresse adicional em relação a qualquer outro recém-nascido, pois o diagnóstico da infecção pelo HIV na mãe geralmente constitui segredo em decorrência do estigma e do preconceito associado à doença, e tanto o uso do xarope de AZT como a preparação do leite são algo reveladores. É essencial oferecer suporte emocional e social para essa família, assegurando sigilo e a não-discriminação. Ainda como recomendado, o bebê deve ter alta com consulta agendada em ambulatório especializado no manejo clínico de crianças nascidas de mães portadoras de HIV¹⁰.

Ao se revisar a literatura científica sobre HIV observa-se a importância epidemiológica e social desta patologia, entretanto, conforme se constata, existe ao mesmo tempo uma produção incipiente de pesquisas explorando o recém-nascido de mulheres portadoras do HIV. Então, por saber que essa problemática atinge a população mais vulnerável de crianças e mulheres, se faz necessária conhecê-la e discuti-la para conscientizar os profissionais que lhes prestam assistência a essa população da vigência de utilização de estratégias capazes de melhorar suas ações. Fundamenta-se, assim, a importância da realização dessa pesquisa.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil das puérperas com o vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e as condições de nascimento de seus recém-nascidos em uma instituição no ano de 2009.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza descritiva retrospectiva de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública de nível terciário, federal, integrada à rede SUS, na cidade de Fortaleza-Ceará. Incube-lhe, prioritariamente, promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido. Mencionada instituição dispõe de área física de 10.842,18 m², constituída de: oito salas de centro cirúrgico; um centro de parto natural e 38 salas de ambulatórios. Quanto ao número de leitos, estão assim dispostos: 24 de ginecologia; 124 de obstetrícia; 22 de UTI neonatal; 30 de médio risco; 05 de mãe canguru e 4 de UTI materna. Do seu quadro de funcionários fazem parte os seguintes profissionais: 176 médicos, 86 enfermeiros e 360 auxiliares e técnicas de enfermagem. Referida maternidade oferece à população um alto padrão de qualidade no serviço de obstetrícia, ginecologia, pré-natal de baixo e alto risco, banco de leite, planejamento familiar, sendo referência para o tratamento de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) e no atendimento de recém-nascidos.

Durante o período estudado de janeiro a dezembro de 2009 ocorreram 4.872 partos e foram identificadas através do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) 27 mães HIV+ e seus recém-nascidos. Todas elas e seus recém-nascidos fizeram parte do estudo. O critério de inclusão no estudo foi a mãe ser identificada e diagnosticada soropositiva HIV+ através de teste rápido e de exames laboratoriais registrados nos prontuários. Aquelas que não tiverem confirmação foram excluídas do estudo.

Em relação à mãe, consideraram-se as seguintes variáveis: faixa etária, o uso de álcool, de drogas, número de gestações, de consultas de pré-natal, tipo de parto, uso de AZT durante a gestação e no parto. Quanto ao recém-nascido, as variáveis foram: estatura, perímetro cefálico, torácico, peso, idade gestacional, Apgar, alterações no exame físico e destino após o parto.

Procedeu-se à coleta de dados nos meses de janeiro e fevereiro de 2010. O primeiro momento foi a identificação do número dos prontuários no Centro de Processamento de Dados (CPD). De posse desses números, deu-se o segundo momento no NUVE onde os dados foram coletados através das fichas de notificação para gestante HIV+ e criança exposta ao risco. Posteriormente, realizou-se um levantamento nos prontuários para comprovar se esses poderiam fazer parte do grupo de inclusão da pesquisa. Isto foi comprovado por diagnóstico médico, confirmado nos exames médicos. Utilizou-se como instrumento de pesquisa um formulário com questões pré-estabelecidas padronizado pelo Ministério da Saúde e usado rotineiramente pelos profissionais do NUVE.

Para análise estatística, utilizou-se o Sistema Epi-Info 6.04^a - processador de texto, banco de dados e estatísticos para epidemiologia, produzido pelo Centers of Disease Control and Prevention (CDC) USA. Posteriormente os resultados foram apresentados através de tabelas analisados com base na literatura pertinente.

De acordo com o exigido para pesquisa científica, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal de Fortaleza com o número 89/08, conforme a Resolução 196/96, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Foram incorporados ao estudo os pressupostos basilares da bioética, configurados na mencionada resolução, quais sejam: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

RESULTADOS

Para melhor compreensão do leitor, os dados foram agrupados e apresentados em tabelas. As características demográficas e obstétricas das gestantes participantes do estudo estão descritas na tabela 1.

Tabela 1- Características das gestantes. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza-CE, 2009

Variável	Freqüência	%
Faixa etária		
15 _____ 20	02	7,4
21 _____ 25	10	37,0
26 _____ 30	09	33,3
31 _____ 35	03	11,1
36 _____ 40	03	11,1
Uso de álcool		
Sim	02	7,4
Não	25	92,6

Uso de droga		
Sim	03	11,1
Não	24	89,9
Número de gestações		
1_____2	09	33,3
3_____4	05	18,5
5_____6		
Número de consultas de pré-natal		
< 6	11	40,7
≥ 6	16	59,3
Tipo de parto		
Cesárea	26	96,3
Normal	01	3,7
Fez uso de AZT na gestação	20	74,0
Sim	07	26,0
Não		
Fez uso de AZT no parto		
Sim	25	92,6
Não	02	7,4

Fonte: MEAC/UFC.

Em relação às mães, conforme dados da tabela 1, o maior número de gestantes, 37,0%, estava concentrado na faixa etária de 21 a 25 anos. A gestação em adolescentes (15-20) ocorreu em 7,4% dos casos. Quanto ao uso de álcool, 7,4% responderam afirmativamente e 11,1% eram usuárias de droga.

Ao analisar o número de gestações entre elas, segundo observou-se, quase a metade das mulheres, 48,1%, mencionaram uma a duas gestações, 33,3% de três a quatro, e 18,5% de cinco a seis.

Das 27 gestantes avaliadas, 40,7% não realizaram seis consultas enquanto 59,3% as realizaram, como preconiza o Ministério da Saúde para um seguimento de pré-natal adequado. Quanto à via de parto utilizada, 96,3% foram de parto cesárea e 3,7% vaginal. No tocante ao uso de AZT na gestação, 74,0% o fizeram durante a gestação e 92,6% por ocasião do parto.

Na tabela 2, constam as características dos recém-nascidos participantes do estudo.

Tabela 2 Características dos recém-nascidos. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza-CE, 2009

Variável	Número	%
Estatura (cm)		
45-49	20	74,0
50-54	07	26,0
Perímetro cefálico (cm)		
32-34	17	63,0

35-37	10	37,0
Perímetro torácico (cm)		
30-33	17	63,0
34-37	10	37,0
Peso (P)		
> 3.500	04	14,8
2.500 a 3.500	21	77,8
<2.500	02	7,4
Idade gestacional (Ig)		
Pré-termo <37 semanas	05	18,5
A termo (37-41) semanas	22	81,5
Pós-termo >42 semanas	-	-
Apgar no 1º minuto		
4-7	01	3,7
>7	26	96,3
Apgar no 5º minuto		
4-7	03	11,1
>7	24	88,9
Alteração no exame físico		
Taquipneia transitória	10	37,1
Sem alterações	17	62,9
Destino após o parto		
Alojamento conjunto	02	7,4
Unidade de baixo risco	25	92,6

Fonte: MEAC/UFC.

Como mostram os dados da tabela 2, o maior número de recém-nascidos, 74,0 %, concentrou-se com uma estatura média de 45-49 cm e apenas 26,0% de 50-54 cm.

Quanto ao perímetro cefálico analisado, mais da metade, 63,0%, dos recém-nascidos apresentaram um perímetro de 32-34 cm e 37,0% de 35-37 cm.

Em relação ao perímetro torácico, também mais da metade, 63,0%, estavam concentrados com um perímetro de 30-33 cm e 37,0% de 34-37 cm.

Ao analisar o peso dos recém-nascidos, observou-se que apenas 14,8% tiveram peso > 3.500g, 77,8% entre 2.500g e 3.500g e 7,4% <2.500g.

Sobre a idade gestacional, 18,5% dos recém-nascidos nasceram pré-termo, com menos de 37 semanas, e 81,5% a termo, com 37-41 semanas.

No tocante ao Apgar apresentado no primeiro minuto, 3,7% foram de 4-7 e 96,3% >7.

No quinto minuto, 88,9% persistiram com Apgar maior que 7 enquanto apenas 11,1% persistiram em 4-7.

Dentre as alterações encontradas no exame físico, 37,1% manifestaram taquipneia transitória e 62,9% não manifestaram.

Conforme verificou-se, 92,6% dos recém-nascidos não tiveram como destino imediato o alojamento conjunto logo após o nascimento.

DISCUSSÃO

Atualmente a aids constitui um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. Em decorrência do aumento da transmissão heterossexual, é cada vez maior o número de mulheres infectadas pelo HIV. Conseqüentemente ocorreu o aumento do número de crianças infectadas por meio da transmissão materno-infantil¹¹.

Diante das novas estatísticas, ainda há muito para ser feito tanto na identificação das gestantes soropositivas como na prevenção da transmissão vertical para que a criança tenha uma vida saudável.

Quanto aos dados encontrados no estudo sobre a idade das pacientes da pesquisa, 37% estavam na faixa etária de 21 a 25 anos de idade. Corrobora-se, assim, estudo realizado em Sergipe sobre prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS, no qual os autores encontraram uma média de idade na faixa etária de 20 a 29¹². Corrobora-se ainda estudo realizado em São Paulo sobre evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas onde a média de idade encontrada entre as mães foi de 26,8 anos¹¹.

Sobre a utilização de bebida alcoólica e droga no estudo, estas não foram representativas entre a população pesquisada. Acredita-se que a gestante soropositivo seja orientada quanto aos riscos inerentes à sua situação aos demais fatores possíveis de contribuir para o aumento da transmissão da infecção pelo HIV para o bebê. É possível, também, haver subestimação de dados por vergonha de se declarar usuária de álcool e de outras drogas¹⁰.

Ao se avaliar o número de gestações, observa-se que a maioria, 51,8%, já estava entre a terceira e a sexta gestação, e 48,2% entre uma a duas gestações. Esta pesquisa confirma estudo realizado no município do Rio de Janeiro onde os autores encontraram 47,3% das mulheres com duas a três gestações¹³.

Em estudo desenvolvido em 1997 com 148 mulheres em um centro de atendimento para DST/aids, referência na cidade de São Paulo, conforme revelado, a infecção pelo HIV não alterava o desejo das mulheres de terem mais filhos. Do total, 21% pensavam em ter mais filhos no futuro. Ao mesmo tempo, ter muitos filhos foi o fator associado a não querer ter mais filhos¹⁴.

No Brasil, o desejo de uma mulher HIV positivo de ter filhos pode estar reforçado pela queda significativa no risco de transmissão vertical, proporcionado pelo uso de regimes medicamentosos específicos. Diferentemente de muitos países desenvolvidos, tais medicamentos estão disponíveis gratuitamente a todos os brasileiros portadores do HIV¹⁵.

A respeito da assistência pré-natal, elevado número, 40,7%, das pacientes não fizeram as seis consultas de pré-natal. Desse modo, contrariam uma das metas do Ministério da Saúde, segundo a qual todas as gestantes devem se submeter ao pré-natal com o mínimo de seis consultas com vistas a uma gestação saudável e um parto seguro para a mãe e o concepto. Em relação às que realizaram menos de seis consultas, existem relatos na literatura sobre o difícil acesso ao pré-natal com profissionais habilitados para o manejo correto dessas gestantes portadoras do vírus HIV. Esta afirmação se contrapõe ao estudo desenvolvido em Sergipe onde os autores referem que 57,8% das pacientes compareceram a seis ou mais consultas.

Como menciona o autor, um início tardio do pré-natal, após o primeiro trimestre da gestação, também se apresenta como barreira para a prevenção da transmissão vertical. Dessa forma, melhorar a cobertura e captar precocemente as gestantes para pré-natal de qualidade é fundamental para instituir, em tempo hábil, medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV¹².

No tocante ao tipo de parto, como mostram os dados, 96,3% das pacientes se submeteram à cesárea. No entanto, em estudo realizado na Escola Paulista de Medicina (EPM) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2001, de 207 pacientes analisadas, o parto vaginal ocorreu em 15,4% dos casos e a cesárea em 62,8%. Para o referido autor, o papel da via de parto na transmissão materna fetal (TMF) foi extensamente analisado, e, consoante vários trabalhos relatam, a cesárea vem sendo relacionada com as menores taxas de TMF¹⁶.

Quanto à utilização do AZT, de acordo com os resultados, a proporção de mulheres que receberam AZT na gestação foi de 74,0% e no parto o percentual foi ainda maior, 92,6%. No entanto, em estudo sobre transmissão vertical do HIV em Fortaleza, 82,1% das mulheres receberam a profilaxia do AZT durante o pré-natal. Este dado supera o do presente estudo, porém apenas 76,2% fizeram uso durante o parto¹⁷.

Em face dos excelentes resultados obtidos com a utilização do AZT (pré-natal, durante o trabalho de parto e no período neonatal) reduzindo o risco de TV do HIV-1 em 67,5%, este regime foi recomendado pelos órgãos oficiais de prevenção dos Estados Unidos da América em 1994¹⁸.

Esta terapia profilática com o AZT, aliada a outras medidas tais como o aconselhamento universal e a recomendação do teste anti-HIV para todas as gestantes, a indicação de terapia antirretroviral para a gestante que se revelar soropositiva para o HIV, a indicação da via de parto cesárea eletiva em situações específicas e a suspensão do aleitamento materno podem contribuir para uma redução ainda maior do risco de transmissão perinatal⁵.

No concernente aos recém-nascidos, os dados encontrados sobre a estatura no estudo revelaram que 74% tinham estatura entre 45-49 cm. Tal informação é semelhante à mencionada na literatura, segundo a qual a estatura do recém-nascido a termo deve variar de 48 a 53 cm. Portanto, apesar de se observar uma diferença muito pequena entre os dados da presente pesquisa onde os números foram um pouco menores do que os citados na literatura, estes podem ser atribuídos à necessidade de atender à recomendação do parto cesárea eletivo na tentativa de diminuir o percentual de transmissão vertical¹⁹.

Quanto ao perímetro cefálico, foi outro dado encontrado próximo ao da literatura, 63% entre 32 e 34 cm. Conforme os autores referem, o ideal seria entre 32 e 38 cm enquanto o perímetro torácico normalmente deve ser igual ou menor em até 2 cm que o perímetro cefálico⁽¹⁹⁾.

Em relação ao peso de nascimento, segundo constatou-se, 77,8% dos recém-nascidos tinham entre 2.500 e 3.500g, 14,8% superior a 3.500g e apenas 7,4% dentro dos parâmetros de classificação de "RN de risco" (<2.500g). Consoante se acredita, a infecção pelo HIV não parece influenciar no crescimento fetal. Entretanto, conforme dados de estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), 18,7%, dos recém-nascidos indicavam baixo peso ao nascimento¹¹.

De acordo com os valores encontrados quanto à idade gestacional, 81,5% dos recém-nascidos a termo estavam com idade gestacional de 37 a 41 semanas enquanto 18,5% nasceram prematuros. O estudo corrobora pesquisa realizada na Escola Paulista de Medicina sobre morbidade febril puerperal em pacientes infectadas pelo HIV, pois os autores demonstraram no estudo uma idade gestacional média, no momento do parto, de 37,8 semanas¹⁶.

Dos 27 recém-nascidos incluídos no estudo, 96,3% nasceram com Apgar >7 no primeiro minuto de vida e persistiram após o quinto minutos e apenas 3,7% de 4-7. No quinto minuto, mencionado índice foi de 88,9% > 7 e 11,1% <7. Em outro estudo desenvolvido de 1996 a 2003, em dezessete maternidades públicas de quatro regiões brasileiras, Sudeste, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, em relação ao Apgar, 4% crianças denotaram ao nascer algum grau de asfixia²⁰.

Quanto às alterações reveladas no exame físico, 37,1 % dos recém-nascidos manifestaram taquipneia transitória ao nascer, necessitando, assim, de assistência especializada. Postula-se que os sinais e sintomas respiratórios sejam decorrentes de edema pulmonar fetal após o nascimento. Nesse caso, o parto cesárea eletivo, sem trabalho de parto prévio, é um dos principais fatores que aumentam a quantidade de líquido pulmonar¹⁹.

No referente às condições em que o bebê nasceu, embora 81,5% tenha nascido a termo e 92,6% com peso adequado, somente 7,4% foram encaminhados para o alojamento conjunto com a mãe. Portanto, 92,6% deles foram encaminhados para as Unidades de Risco (UTI Neonatal), por precisarem de alguma assistência especializada. Em outro estudo sobre coeficientes de transmissão vertical do HIV em dezessete maternidades públicas das quatro regiões brasileiras, metade dos recém-nascidos exigiu cuidados especiais por ter nascido fora da faixa de peso normal, ou apresentar asfixia, relacionada provavelmente à prematuridade ou parto traumático, dentre outras causas²⁰.

Por definição, o alojamento conjunto refere-se a um sistema especial de instalação em maternidade, no qual o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe durante 24 horas por dia, desde o nascimento até a alta hospitalar. Tal iniciativa favorece, por meio dessa aproximação e do contato físico prolongado, o atendimento das necessidades afetivas, sociais e biológicas da criança e da sua mãe. Isso pode ser conseguido quando o berço da criança é posto ao lado ou aos pés da cama da mãe ou com instalações que permitam à mãe observar a criança e atender as suas solicitações, trazendo-a para perto de si. Como uma das situações especiais menciona-se a cesariana. Nesse caso, o recém-nascido será levado para perto da sua mãe entre duas e seis horas após o parto, respeitando as condições pós-cirúrgicas da mãe¹⁹.

CONCLUSÃO

Como evidenciado no tocante às mães após este estudo, a maior parte delas estava na faixa etária de 21 a 30 anos, fase considerada reprodutiva. Ainda como evidenciado, a utilização de droga ou de álcool não foi significativa e a maioria era multípara com um pré-natal de menos de seis consultas.

Outro dado indica a prevalência de parto tipo cesárea, mas conforme se acredita a cesárea continua sendo vantajosa para a redução da TMF, principalmente nas gestantes que não frequentaram pré-natal adequadamente ou que foram mal orientadas quanto ao uso de drogas antirretrovirais.

Adverte-se, porém: quando um pré-natal é feito adequadamente, e o parto é bem conduzido nos casos de parto vaginal ou na cesárea eletiva, podem ser fatores importantes na redução das complicações maternas e neonatais, com menores taxas de TMF do HIV e infecção materna.

Como observado, foi expressivo o número de gestantes submetidas à terapia antirretroviral na gestação e no parto, apesar de grande parte das mulheres terem realizado menos de seis consultas de pré-natal. Diante dessa realidade, depreende-se: talvez estas mulheres tenham enfrentado algum tipo de dificuldade para ter acesso a esse pré-natal específico para sua condição clínica. Nesse contexto, evidencia-se a gravidade das consequências da falta de um pré-natal e recomenda-se que este seja feito por profissionais capacitados, pois, apesar dos avanços na terapia antirretroviral, se não houver uma assistência à gestação de qualidade, pode haver aumento na taxa de transmissão vertical do HIV.

Quanto aos recém-nascidos, segundo identificou-se nos resultados da pesquisa, a maioria nasceu de parto abdominal, uma pequena quantidade prematuros, com índice de Apgar <7 no primeiro minuto, e não alcançaram peso adequado para a idade gestacional.

Pode-se constatar que a maior parte dos RNs nasceu de parto abdominal, sendo este um fator de risco para a taquipneia transitória do RN, situação expressiva no presente estudo, porquanto os recém-nascidos não sofrem os mecanismos exercidos sobre os pulmões durante sua passagem pelo canal de parto. Contudo, apesar do número de prematuros e de pequenos para a idade gestacional serem mínimos, o apgar da grande maioria foi satisfatório.

Foi possível, então, detectar no estudo que o peso de nascimento, estatura e perímetro cefálico dos filhos de mãe HIV+ foram na sua maior parte satisfatórios e equivalentes ao relatado na literatura pertinente.

Enfatiza-se: a maioria nasceu a termo com um bom índice de Apgar. Preocupa, no entanto, grande número de crianças com taquipneia transitória e que necessitaram de encaminhamento para a Unidade Neonatal de Terapia Intensiva.

Um dado a merecer atenção é a baixa quantidade de recém-nascidos encaminhados com a mãe para o alojamento conjunto. Entretanto, muitos filhos de mãe HIV+ foram encaminhados para a unidade de risco.

Nesse contexto, o enfermeiro ocupa papel fundamental no acompanhamento às gestantes no pré-natal de baixo risco. Ele pode detectar precocemente o diagnóstico do HIV e se positivo encaminhá-la para o acompanhamento de alto risco.

No puerpério é fundamental ser a mãe bem orientada quanto aos cuidados com ela e seu RN. Dessa forma, pode-se propiciar meios para aumentar o vínculo entre mãe e filho já que a mãe não poderá amamentar esta criança.

Considera-se, então, necessária a capacitação dos profissionais que irão interagir com esses RNs, principalmente no tocante à integração da equipe que promoverá uma assistência integral e humanizada, voltada para o restabelecimento e promoção da saúde do recém-nascido e o envolvimento dos pais nesse cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.* 2008; 17: 140-52 .
2. Amaro STA. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. *Saúde Soc.* 2005; 14: 89-99.
3. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. *Rev Rene.* 2009; 10: 122-30
4. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40 (supp I): 9-17.
5. Marques HH. Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas. *Rev Assoc Med Bras.* 2005; 51: 71-2.
6. Spindola T, Alves CF. Perfil epidemiológico de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. *Rev Escola de Enferm USP.* 1999; 33: 66-80.
7. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental.* 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
8. Askin DO. Recém-nascido de risco: condições adquiridas e congênitas. In: Loder milk, DL, Perry SE, Bobak IM. *O Cuidado em Enfermagem Materna.* Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 99-218.
9. Silva CLO, Silva MG, Lerner M. Infecção pelo HIV em crianças In: Ducan BB, Shimidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial Condutas de Atenção Primária em Evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 1440-1447.
10. Chaves E, Silva CLO, Kuchenbecker R. Infecção pelo HIV em gestantes In: Ducan BB, Schimidt MI, Giugliani EI. *Medicina Ambulatorial Condutas de Atenção Primária em Evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 391-99.
11. Yoshimoto CE, Diniz EMA, Costa VFAC. Evolução clínica e laboratorial de recém nascidos de mães HIV positivas. *Rev Assoc Med Brás.* 2005; 51: 100-5
12. Lemos LMD, Gurgel RQ, Dal Fabbro AL. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27: 32-6.
13. 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.* 2010; 44: 60-9.
14. Santos NJ, Buchala CM, Filipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev de Saúde Pública.* 2002; 36 (Sup4): 12-23.
15. Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (suppl.2): 365-S76 .
16. Marcos A, Luciana L, Prescilla CL, Abes MA, Castelo Filho A. Morbidade febril puerperal em pacientes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25: 155-61
17. Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26: 131-38.

18. Duarte Go, Gonçalves CV, Marcolin AC, Paschoini MC, Quintana SM, Mussi-Pinhata M M. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. Rev Bras Ginecol. Obstet. 2001; 23: 107-11.
19. Varella IRS, Magdaleno SRM. Situações Especiais da Saúde Materna in: Nader SS, Pereira DN. Atenção Integral ao Recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2004. p 85-97.
20. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. Rev Bra Saúde Mater Infant. 2005; 5: 483-92.

ISSN 1695-6141

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