

HIV na gestação

Rafael Cleison Silva dos Santos¹ e Maria Josiane Aguiar de Souza²

1 Doutorando em Ciências (Cuidado em Saúde) pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Ciências da Saúde (Epidemiologia e Saúde Pública) pela Universidade Federal do Amapá - UNIFAP (2011). Especialista em Enfermagem em Obstetrícia (2010). Professor Assistente no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

2 Especialista em Enfermagem em Obstetrícia (2011). Graduada em Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas do Tapajós - FIT (2006). Experiência profissional como docente nas áreas de Enfermagem em Materno-Infantil.

RESUMO: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é a infecção, pelo vírus chamado HIV, do sistema imunológico com destruição dos linfócitos T CD4+ e associada a três vias principais de transmissão: sexual, sanguínea e vertical. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre gestantes sororeagentes para o HIV. Trata-se de uma pesquisa descritiva, que utilizou o método de Revisão Integrativa da Literatura. Os dados foram adquiridos por meio da seleção de artigos da literatura nacional indexados nas bases de dados *LILACS* e *BDENF* no período entre 2005 a 2010. Após o levantamento dos artigos a amostra final foi composta por cinco estudos que atenderam aos critérios de inclusão. É consenso por parte dos autores estudados que o diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita o melhor controle da infecção materna, e, consequentemente, os melhores resultados da profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Entretanto, é necessário que o teste anti-HIV seja oferecido a todas as gestantes no início de seu pré-natal. Conclui-se que o risco de transmissão vertical da doença ainda é elevado nas gestantes que não receberam a terapia anti-retroviral durante o pré-natal ou não a realizaram no momento do trabalho de parto e parto.

Palavras chaves: HIV. Gestação. Revisão.

HIV in pregnancy

ABSTRACT: The Acquired Immunodeficiency Syndrome is infection by the virus called HIV with immune destruction of CD4 + T cells and associated with three main routes of transmission: sexual, blood and vertical. This paper aims to conduct an integrative review of the literature on pregnant women for HIV positive sera. This is a descriptive study that used the method of Integrative Review of Literature. Data were acquired through the selection of articles from national literature indexed in *LILACS* and *BDENF* the period from 2005 to 2010. After the review of articles the finish sample was composed of five studies that met the inclusion criteria. The consensus from the authors studied the diagnosis of HIV infection in early pregnancy provides the best control of maternal infection, and therefore the best results of prophylaxis of vertical transmission of this virus. However, it is necessary for HIV testing is offered to all pregnant women in early prenatal care. We conclude that the risk of vertical transmission of the

disease is still high in patients who did not receive antiretroviral therapy during the prenatal or not performed at the time of labor and delivery.

Key words: HIV. Pregnant. Review.

1 Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi reconhecida em 1981, nos EUA (Estados Unidos da América), a partir da identificação do comprometimento do sistema imune de indivíduos adultos com práticas, exclusivamente, homossexuais (masculinos) o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença. Contudo, a identificação do agente etiológico, o vírus HIV, e o desenvolvimento de testes para a detecção de anticorpos contra ele permitiram posteriormente a identificação dos indivíduos portadores assintomáticos (VERONESI; FOCACCIA, 2006).

A SIDA é resultado da infecção pelo vírus chamado HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), um tipo especial de vírus conhecido como retrovírus, com genoma RNA (ácido ribonucleico), da família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentiviridae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos, que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA (ácido desoxirribonucleico), que pode então integrar-se ao genoma do hospedeiro (VERONESI; FOCACCIA, 2006).

O tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão, isto é, a positividade da sorologia para o HIV, é conhecido por janela

imunológica ou também chamada de janela biológica. A soroconversão é acompanhada de uma queda expressiva na quantidade de vírus no plasma (carga viral), seguida pela recuperação parcial dos linfócitos T CD4+ no sangue periférico. Nessa fase observa-se o sequestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T CD4+) pelos órgãos linfóides responsáveis pela imunidade, particularmente os linfonodos (VERONESI; FOCACCIA, 2006).

A transmissão heterossexual é a principal via de transmissão do HIV, desde o início dos anos 90, com expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia e de um importante percentual de casos por transmissão materno-infantil (BRASIL, 2005). No último levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde mostra que, entre os homens, a relação heterossexual é a principal forma de transmissão do HIV, enquanto vêm diminuindo os registros de casos por drogas injetáveis e relações homossexuais (BRASIL, 2004).

Vários fatores de risco estão associados aos mecanismos de transmissão do HIV, podendo ser classificados em três vias: a) sexual: é a forma de transmissão predominante do HIV, por meio da exposição a secreções contagiosas que contenham o vírus e ou células infectadas. A transmissão sexual é bidirecional, podendo ocorrer do homem para mulher, mulher para homem, homem para homem, mulher

para mulher e se dá por meio de sexo vaginal, anal ou oral (BATISTA, 2003); b) sanguínea: a utilização de sangue ou seus derivados, não testados ou tratados inadequadamente; além disso, a reutilização de seringas e agulhas, como acontece entre os usuários de drogas injetáveis; a manipulação com instrumentos perfurocortantes contaminados com sangue e secreções de pacientes portadores do HIV, possibilitam a sua transmissão (UNAIDS, 2010); c) vertical: o vírus HIV é também transmitido da mãe para o concepto durante a gestação (por via transplacentária), trabalho de parto e parto, pelo contato com o sangue ou pelo leite materno (NEME, 2006).

Entre os exames essenciais do pré-natal inclui-se a obrigatoriedade da oferta do teste anti-HIV a todas às gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste. Para a parturiente não testada durante o pré-natal, há a possibilidade de testagem, no momento do parto, com teste rápido anti-HIV, que é de simples execução e o resultado pode ser conferido em 15 minutos utilizando-se sangue total (uma gota da polpa digital) ou soro. Não obstante, sua praticidade, não substitui os testes diagnósticos preconizados, pois o teste rápido anti-HIV é apenas um exame de triagem para situações em que há necessidade de pronta tomada de decisão: o início ou não de ações profiláticas da transmissão vertical no momento do parto. Nas parturientes com resultado “reagente”, faz-se necessária a coleta de uma segunda amostra de sangue para a confirmação do diagnóstico no pós-parto imediato, conforme o fluxo preconizado pela

Portaria Ministerial nº 59/GM/MS, de 28/1/03 (BRASIL, 2006).

A maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, que se renova a cada exposição (mamada), de 7% a 22%.

Para Brasil (2001) as gestantes portadoras do HIV deverão receber, a partir da 14ª semana, o esquema de zidovudina oral (AZT) na seguinte dose diária:

- 500 mg divididos em 5 doses diárias de 100 mg ou
- 600 mg divididos em 3 doses diárias de 200 mg ou
- 600 mg divididos em 2 doses diárias de 300 mg.

Brasil (2006) complementa que para iniciar o esquema posológico de AZT oral as gestantes precisam ser avaliadas clínica e laboratorialmente (níveis de linfócitos T CD4+ e carga viral).

Para Brasil (2001) também deve ser dado a todas as parturientes, desde o início do trabalho de parto, até o clampeamento do cordão umbilical o seguinte esquema de AZT injetável (a diluição é em SG 5% e não deve exceder 4mg/ml): a) iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado, com 2mg/kg na primeira hora (dose de ataque); b) seguindo infusão contínua com 1 mg/kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical (dose de manutenção);

A aspiração delicada das vias aéreas e o asseio imediato com água e

sabão do recém-nascido devem fazer parte dos cuidados específicos para profilaxia da transmissão vertical para HIV. Além disso, o AZT solução oral (xarope), na dose de 2mg/kg, a cada 6 horas, deverá ser administrado para todos os recém-nascidos (cujas mães sejam portadoras soropositivas do HIV), logo após seu nascimento, permanecendo em uso por seis semanas (42 dias), devendo ter início até oito horas de vida. Para as crianças, cujas mães não receberam o AZT intravenoso, deve-se iniciar o AZT oral nas duas primeiras horas de vida. Excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na mesma dose do esquema acima recomendado (BRASIL, 2005).

Brasil (2005) afirma que a conduta resolutiva, com indicação de parto cesáreo, quando realizada de forma eletiva, ou seja, estando as membranas amnióticas íntegras, contribui para a redução da transmissão vertical do HIV. Outrora, a avaliação dos níveis de carga viral materna, aferida a partir da 34^a semana, definirá qual a via de parto mais adequada como medida profilática da transmissão vertical: a) níveis de carga viral ≥ 1 mil cópias/ml (aferida na idade gestacional ≥ 34 semanas) ou desconhecida: parto por operação cesariana eletiva; b) níveis de carga viral <1 mil cópias/ml ou indetectável (aferida na idade gestacional ≥ 34 semanas): parto vaginal.

Em consonância com enunciado acima, este trabalho possui relevância científica porque apresentará as evidências existentes na literatura sobre

esse vírus na gestação, que pode subsidiar a prática da assistência de enfermagem.

Para o sustento dos questionamentos, o estudo traz como objetivo geral realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as produções científicas, que abordem a infecção pelo vírus HIV durante a gestação, levantadas nos bancos de dados *LILACS* e *BDENF*, no período entre 2005 e 2010; e, como específicos, descrever as pesquisas, os autores, as intervenções estudadas, a metodologia usada, os resultados, as recomendações/conclusões e confrontar esses resultados para a construção do conhecimento na área.

2 Percorso metodológico

Trata-se de uma estudo descritivo, com coleta retrospectiva de dados, que para o alcance do objetivo geral utilizou um dos instrumentos da “Prática Baseada em Evidências”, o método de Revisão Integrativa da Literatura, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) é definida como o cuidado guiado pelos resultados de pesquisa, consenso de especialistas ou combinação de ambos. Para Barbosa e Melo (2008) este método possibilita resumir estudos anteriormente conduzidos a fim de se obter conclusões a partir de um tema de interesse.

Os dados foram adquiridos por meio da seleção de artigos da literatura nacional indexados nas bases de dados *LILACS* (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e *BDENF* (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil). Para o levantamen-

to dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: “HIV” e “gestação”. Entretanto, para o refinamento adequado da pesquisa, foi definida uma amostra, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

a) artigos publicados em português com resumos disponíveis em periódicos indexados nos bancos de dados LILACS e BDENF no período de cinco anos compreendido entre 2005 a 2010; b) artigos que abordem a temática HIV na gestação; c) artigos científicos que não disponibilizem só os resumos, mas sim o texto completo; d) artigos que utilizem algum percurso metodológico de pesquisa.

3 Resultado

Na presente revisão integrativa os resultados apontam poucos estudos disponíveis que discutem o binômio “HIV e gestação”. A busca teve início pelo banco de dados LILACS, onde se encontrou, com os descritores propostos, 107 artigos indexados; na base de dados

BDENF foram encontrados 13 artigos. No primeiro banco, durante a seleção, 102 artigos foram excluídos após a leitura dos resumos, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão propostos; no segundo, 12 também foram excluídos, por não estarem de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Apenas um artigo estava presente em ambos os bancos de dados. Dessa forma, a amostra final foi composta por cinco artigos científicos que faziam referência à temática HIV na gestação, que foram publicados entre os anos estabelecidos, que disponibilizavam o texto completo e que descreveram todo o percurso metodológico nos artigos publicados.

Dos estudos selecionados, dois apresentaram gestantes que já tinham conhecimento da infecção pelo vírus HIV antes de engravidarem, três demonstraram que descobriram durante o acompanhamento do pré-natal. Apresenta-se, a seguir, nas tabelas de 1 a 5, a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa:

Tabela 1. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Titulo/autor/ano	Intervenção	População/amostra	Delineamento	Resultados	Recomendações/conclusões
Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva Moura; Praça. 2006	Identificar as expectativas da gestante soropositiva para o HIV quanto à gravidez e ao filho que está gerando, e verificar se suas expectativas são geradoras de ações enquanto vivenciam esta fase do ciclo gravídico- puerperal.	14 gestantes soropositivas para o HIV, com conhecimento do diagnóstico antes da gestação, assintomáticas, vivenciando o 3º trimestre de gravidez.	Qualitativo descritivo prospectivo	Os dados mostraram que, dentre as gestantes entrevistadas, oito tinham entre 27 e 33 anos de idade, a maioria (nove) tinha o ensino fundamental incompleto e a renda familiar era de 4 salários mínimos; oito referiram namoro ou relacionamento casual com seus parceiros. Os dados mostraram, também, que sete gestantes vivenciavam a 3ª ou 4ª gravidez, doze mulheres possuíam filhos saudáveis. Foi avaliado o discurso do sujeito coletivo “Adaptando se à condição de estar grávida sendo HIV positivo” e “Acreditando que o bebê será soronegativo para o HIV, mesmo que nasça com o vírus”.	Os autores afirmam que a expectativa pelo nascimento de um recém-nascido saudável e não infectado dava forças à gestante HIV positivo para prosseguir com a gravidez e manter-se viva. Por isso, buscavam o acompanhamento no pré-natal e realizavam o tratamento médico prescrito.

Fonte: Moura e Praça, 2006.

Tabela 2. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Titulo/autor/ano	Intervenção	População/amostra	Delineamento	Resultados	Recomendações/conclusões
Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte.	Caracterizar as gestantes infectadas pelo HIV do serviço, para identificar possíveis fatores relacionados às gestações recorrentes nessa população, permitindo o planejamento de ações necessárias que favoreçam a assistência.	85 gestantes infectadas pelo HIV.	Quantitativo descritivo retrospectivo	A faixa etária identificada à média de idade foi 29,1 anos. 64,4% informaram 1º grau incompleto. O estado civil delas definiu-se: 67,8% com relação estável. 61,1% delas se definiram como trabalhadoras do lar, e 3 profissionais do sexo. 60% tiveram o conhecimento da infecção pelo HIV em algum pré-natal ou mesmo no momento do parto. Em todos os casos, a provável fonte de infecção foi heterossexual. De acordo com a classificação do Center of Diseases Control and Prevention (CDC) a média de viremia plasmática foi de 1840,04 cópias/ml e de linfócitos T CD4+ de 497,49 células/mm ³ . 56,7% das gestantes receberam ARV por indicação terapêutica e 43,3% para profilaxia da transmissão vertical. 27,6% dos partos ocorridos foram por via vaginal e 72,4% foram cesáreas. Não houve caso de transmissão vertical do HIV identificado no grupo estudado.	Os autores concluíram que atualmente a epidemia da infecção pelo HIV atinge camadas sociais cada vez mais pobres. Pode-se dizer que a heterossexualização da doença decorreu, especialmente, da infecção da mulher pelo parceiro infectado, que adquire o HIV em relações extraconjugais ou através do uso de drogas intravenosas. Novas gestações em mulheres infectadas pelo HIV não são raras, apesar dos recursos de contracepção oferecidos.
Romanelli et al. 2006					

Fonte: Romanelli et al., 2006.

Tabela 3. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Titulo/autor/ano	Intervenção	População/amostra	Delineamento	Resultados	Recomendações/conclusões
Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. Cechim et al. 2007	Investigar o processo de não adesão das gestantes portadoras do vírus HIV à profilaxia no pré-natal, recomendada pelo Ministério da Saúde no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.	07 gestantes soropositivas, que, durante a gestação, não aderiram ao tratamento profilático recomendado.	Qualitativo descritivo exploratório prospectivo	O número de consultas de pré-natal ficou na média de duas ao longo da gestação. Todas com baixo índice escolar, possuindo apenas o primeiro grau incompleto. Em sua totalidade eram múltiplas, com uma média de seis gestações cada uma. Emergiu-se na pesquisa as seguintes categorias que justificaram a não adesão à profilaxia do HIV durante o pré-natal: - Ausência de planejamento familiar; - Dificuldade em realizar o pré-natal de alto risco; - Negação da doença; - Falta de autocuidado (os sujeitos relatam já saberem ou terem suspeitas de que o seu parceiro era HIV positivo e mesmo assim, mantinham relações sexuais com seus eles e em nenhum momento questionavam ao menos o uso de preservativo feminino).	Os autores destacaram não apenas um, porém múltiplos fatores que afetaram a não-adesão ao tratamento. Além disso, a falta de consciência das mulheres sobre o seu verdadeiro papel social, e não os que lhe é atribuído socialmente, juntamente com as dificuldades econômicas, levam-nas a não buscar o acesso ou até mesmo a não usufruir um atendimento como o pré-natal.

Fonte: Cechim et al., 2007.

Tabela 4. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Titulo/autor/ano	Intervenção	População/amostra	Delineamento	Resultados	Recomendações/conclusões
Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. Maturana et al. 2007	Avaliar a assistência ao parto das gestantes do hospital universitário de São Bernado do Campo (HMSBC) infectadas pelo HIV.	54 Gestantes HIV positivas.	Quantitativo descritivo retrospectivo	Dentre as parturientes, 59% tinham idade entre 25 e 34 anos; 72% apresentavam idade gestacional maior ou igual a 38 semanas; 94% fizeram acompanhamento pré-natal; 52% utilizaram Zidovudina (AZT) associado a outros anti-retrovirais durante a gestação. Quanto ao parto, 41% foram cesáreas eletivas e 78% receberam AZT intraparto. Para os recém-nascidos, 91% pesavam mais que 2.500 g. De todas as parturientes que fizeram pré-natal 80% recebeu AZT intraparto e 95% das parturientes que foram submetidas à cesariana receberam AZT intraparto.	Os autores destacam a importância do teste anti-HIV no início da gestação que deve ser oferecido a todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal, independente de sua situação de risco para o HIV. A cesárea eletiva contribui significativamente para a administração de AZT intraparto; a realização do pré-natal favoreceu ao uso de AZT intraparto; de modo geral, o HMUSBC segue as orientações do Ministério da Saúde, porem não realiza a monitorização imunológica como critério na avaliação da via de parto acarretando provavelmente indicações desnecessárias de cesárea eletiva.

Fonte: Maturana et, al., 2007.

Tabela 5. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Titulo/autor/ano	Intervenção	População/amostra	Delineamento	Resultados	Recomendações/conclusões
Gestante HIV positiva e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. Torres; Luz 2007	Identificar as características demográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas notificadas na Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.	389 Gestante: HIV positivas.	Quantitativo descritivo exploratório retrospectivo	As gestantes HIV positivas foram agrupadas por faixas etárias: as adolescentes, 15-19 anos (12,7%), de 20-35 anos, (79,3%), de 36-42 anos (8%). Constata-se que 52,7% das gestantes sabiam ser HIV positiva antes da gestação e que 43,4% realizaram o teste durante o pré-natal. A maioria delas, 55% iniciou o pré-natal entre a 14 ^a e 27 ^a semanas. Realizaram o pré-natal 97,7%, porém 50,9% não fizeram o mínimo recomendado de 6 consultas. O parto vaginal ocorreu em 54%, sendo que 48,6% iniciaram o tratamento entre a 14 ^a e 27 ^a sem. O AME não ocorreu em 84,6, no entanto, em 14,4% de casos foram ignorados. O uso do ARV ocorreu em 65,6% das crianças no período estabelecido pelo MS. Quanto à carga viral no recém-nascido, 95,3% tiveram resultado negativo. 77,1% dos casos encerrados eram filhos de gestantes HIV positivas que não sofreram a transmissão vertical, mas 17,2% são relacionados à perda de segmento.	Os autores reforçam a importância dos profissionais da saúde em não omitirem informações ao preencherem a ficha na primeira consulta de pré-natal, no parto e no acompanhamento da criança pós-parto até o encerramento dos casos dessas crianças para que esses dados completem o banco de dados do Sistema de Informação de Nacional de Agravos de Notificação e, as informações possam ser avaliadas com fidedignidade. Os profissionais da área da saúde devem ter cuidados redobrados com essas mulheres e precisam dar mais atenção ao preenchimento correto das fichas de Notificação Compulsória.

Fonte: Torres e Luz, 2007

4 Discussão

Após a análise dos artigos selecionados observou-se que, no Brasil, o número de mulheres infectadas pelo vírus HIV é elevado, especialmente, na fase reprodutiva, e a principal relevância do tratamento dessas mulheres está relacionado ao controle da transmissão vertical.

É consenso por parte dos autores que o diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita o melhor controle da infecção materna, e, conseqüentemente, os melhores resultados da profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Entretanto, é necessário que o teste anti-HIV seja oferecido a todas as gestantes no início de seu pré-natal, independente de sua situação de risco para o HIV. Contudo, o teste deverá ser sempre voluntário, confidencial e precedido de aconselhamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em estudo feito por Maturana et al. (2007) as gestantes sororeagentes para o HIV, que tiveram acompanhamento do pré-natal, foram analisadas quanto a idade gestacional na interrupção da gravidez, a via de parto determinante e o uso de AZT no pré-natal e intraparto.

Nesse estudo, 91% das parturientes utilizaram TARV durante a gestação, porém a data de início do tratamento não estava descrita nos prontuários analisados. Estes achados coincidem com os de Torres e Luz (2007); Moura e Praça (2006), em que a TARV também foi usada em 86,6% e 100% das gestantes respectivamente. A maior parte das parturientes (72%) tinha tempo de gestação igual ou maior que 38 semanas. Os recém-nascidos em sua maioria (91%) pesavam mais que 2.500 g.

A cesárea eletiva foi indicada em 95% dos casos associados com o uso do AZT intraparto; porém, desse total de indicações, 47% foram realizadas sem utilizar a carga viral como determinante de escolha da via de parto. Resultados semelhantes foram descritos nos estudos de Romanelli et al. (2006), em que 72,4% dos partos ocorreram por cesarianas para a prevenção da transmissão vertical. Estes achados diferem da pesquisa de Torres e Luz (2007), em que 46% das parturientes realizaram cesarianas pela condição obstétrica.

Entre as justificativas para as parturientes (22%) que não receberam o esquema AZT durante o trabalho de parto inclui-se o fato destas chegarem em período expulsivo, não havendo tempo para sua administração e a não disponibilidade da medicação pela farmácia em tempo hábil.

Foi avaliado que a maioria (88%) das parturientes teve o tempo de bolsa rota inferior às 4h. Este achado corrobora com os descritos por Torre e Luz (2007), em que 56% das gestantes em trabalho de trabalho tiveram o tempo de ruptura das membranas também inferior a quatro horas.

Outros autores que estudaram as gestantes sororeagentes para o HIV foram Torres e Luz (2007), quando realizaram estudo sobre as características demográficas e obstétricas de gestantes sororeagentes para o HIV. Para esses autores o perfil das grávidas estudadas foi de pacientes jovens, predominando as idades entre 20 e 35 anos, com baixa escolaridade (primeiro grau incompleto). Estas características também são reportadas nos estudos de Cechim et al. (2007); Moura e Praça (2006).

A maioria (52,7%) das gestantes sa-

bia ser sororeagente para o HIV antes da gestação e, mesmo assim, não evitou a gravidez e o risco da transmissão vertical aos seus filhos. Achados semelhantes foram descritos na pesquisa de Romanelli et al. (2006), em que 38,9% das gestantes também sabiam ser portadoras do vírus HIV antes de engravidarem. Além disso, não realizaram o mínimo de consultas pré-natal recomendado por Brasil (2006), que é de seis consultas, e o iniciaram entre 14 e 27 semanas. Essa constatação também foi apresentada nos estudos Cechim et al. (2007), cuja média foi de duas consultas durante a gestação, pois procuraram os serviços de saúde tardiamente.

Quanto à via de parto, 54% foram vaginais, sendo usado a TARV durante o trabalho de parto. Achados diferentes foram encontrados nos estudos de Romanelli et al. (2006) em que apenas 27,6% dos partos ocorridos foram por via vaginal com uso de TARV.

No que se refere aos filhos das gestantes sororeagentes para o HIV, o uso de TARV oral ocorreu em 65% dos casos de recém-nascidos não amamentados com leite materno. Contudo, 1% das gestantes sororeagentes para HIV amamentaram seus filhos por falta de orientação, desejo incontrolável em amamentar e porque julgavam que isso não afetaria a criança.

Os dados relacionados ao encerramento do caso dos filhos dessas mulheres sororeagentes para o HIV, com idade de 24 meses de vida, não revelaram positividade em 80% dos casos. Esses achados foram distintos dos descritos nos estudos de Romanelli et al. (2006), em que não houve caso de transmissão vertical do HIV.

Cechim et al. (2007) pesquisou o

perfil demográfico dos sujeitos participantes, investigando a não-adesão das gestantes sororeagentes para o HIV à profilaxia do pré-natal pelo Ministério da Saúde. Observou-se que a falta de sintomatologia tornava remota para elas a possibilidade de ficarem doentes, talvez por isso se submetessem a manter relação sexual com seu parceiro, sem preservativo, mesmo sabendo que ele era portador do vírus HIV.

A maioria das participantes entrevistadas desconhece os problemas que o vírus pode ocasionar durante a gestação e o risco da transmissão vertical. Esses achados diferem dos encontrados no estudo de Moura e Praça (2006), em que todas as gestantes eram cientes das consequências que poderiam acontecer durante a gestação, e da probabilidade de seus filhos serem sororeagente para o HIV.

Este estudo aponta que existe não apenas um, mas múltiplos fatores que afetam a não-adesão ao tratamento, dentre eles, mulheres que, devido ao acúmulo de funções, dentro e fora do lar, associadas à drogadição, à violência, ao abandono, à carência, à imaturidade afetiva e, principalmente à falta de perspectiva, faz com que elas se submetam à vulnerabilidade de infecção pelo vírus HIV.

Os estudos de Romanelli et al. (2006) caracterizou as gestantes infectadas pelo HIV para identificar possíveis fatores relacionados às gestações recorrentes nessa população, permitindo o planejamento de ações necessárias que favoreçam a assistência. Constatou-se que a epidemia da infecção pelo HIV atinge camadas sociais em precárias condições de moradia, escolaridade, atividade profissional e que a heteros-

sexualização da doença decorre, especialmente, da infecção da mulher pelo parceiro infectado, que adquire o HIV em relações extraconjugais ou por meio do uso de drogas intravenosas. Essa constatação também foi observada na pesquisa de Moura e Praça (2006).

Nesta série de gestantes encontrou-se que 60% tiveram conhecimento da infecção pelo HIV durante a triagem sorológica do pré-natal ou no momento do parto. A maioria das mulheres era assintomática, com média de viremia plasmática de 1840 cópias/ml e de linfócitos T CD4+ de 497 células/mm³; 56,7% das gestantes receberam TARV por indicação terapêutica e 43,3% para profilaxia da transmissão vertical. Observou-se ainda que apesar do risco da transmissão vertical as mulheres que tiveram gestações anteriores (32,7%) engravidaram novamente. Os estudos de Moura e Praça (2006) também descreveram esses achados, justificando que quando grávidas sentiam desejo de vida e a criança seria força motivadora, ajudando a se sentirem mais forte.

A pesquisa realizada por Moura e Praça (2006) identificaram-se as expectativas da gestante soropositiva para o HIV quanto à gravidez e ao filho que está gerando. Constatou-se que as gestantes sororeagentes para o HIV se comparam a qualquer outra grávida que não seja portadora do vírus; sentem-se bem estando grávidas e acreditavam no nascimento de uma criança saudável com sorologia negativa.

Neste estudo contatou-se que 100% dos sujeitos entrevistados tinham conhecimento de sua soropositividade para o HIV. Os mesmos autores descrevem que as gestantes acreditavam, caso o seu filho nascesse infectado pelo

HIV, que os efeitos da TARV iriam soroconverter o bebê e isso era o incentivo delas para a redução da possibilidade de transmissão vertical.

5 Considerações finais

É consenso entre os autores que as gestantes sororeagentes para o HIV são jovens, possui baixa escolaridade e descobre o diagnóstico para o HIV no pré-natal ou no momento do trabalho de parto. A realização do acompanhamento pré-natal foi observada, porém de forma inadequada, cuja média foi de duas consultas durante a gestação, pois procuraram os serviços de saúde tardiamente. Os resultados apontados nos artigos incluídos nesta revisão integrativa, concluem que a infecção por HIV na gestação continua sendo relevante fator de morbidade entre as grávidas, com elevado risco para transmissão vertical entre as que não receberam a TARV durante o pré-natal ou não a realizaram durante o momento do trabalho de parto e parto. Portanto, os autores recomendam que todas as gestantes sejam alvo das ações de diagnóstico e prevenção da transmissão vertical para o HIV, independente do seu risco para a infecção da doença.

6 Referências

- BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. da C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.61, n.03. mai./jun. 2008.
- BATISTA, R. S. et al. **Manual de infectologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST's**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **O Brasil camisinha**: projeto mostra AIDS conquistadas e desafios do Brasil. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Área Técnica de Saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n. 4. out/dez. 2008.

MOURA, E. L.; PRAÇA, N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 03, 2006.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROMANELLI, R. M. C; et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v. 06, n. 03, 2006.

TORRES, R. S.; LUZ, A. M. H. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 28, n. 04, 2007.

UNAIDS. **AIDS epidemic update**: december 2010 global summary of the Aids epidemic. 2010. Disponível em: <<http://www.unaids.org/epi/2005/doc/E>

PIupdate2005_ html_en/epi05_02_en.htm> Acesso em: 20 fev. 2011.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

Artigo recebido em 10 de setembro de 2012.

Aceito em 10 de setembro de 2013.