

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JOICY MARIA DAMASCENO DE FREITAS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA HIV POSITIVA E SEU RN:  
CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO**

**NATAL – RIO GRANDE DO NORTE**

**2015**

JOICY MARIA DAMASCENO DE FREITAS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA HIV POSITIVA E SEU RN:  
CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de especialização em enfermagem obstétrica, pela escola de enfermagem da universidade de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dr.. Richardson Augusto Rosendo da Silva

NATAL – RIO GRANDE DO NORTE

2015

Catálogo da Publicação na Fonte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Freitas, Joicy Maria Damasceno de.

Assistência de enfermagem à puérpera HIV positiva e seu RN: construção de um protocolo / Joicy Maria Damasceno de Freitas. – Natal; Belo Horizonte, 2015.

30f.

Orientador: Prof. Richardson Augusto Rosendo da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha)–Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade Federal de Minas Gerais.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 3. Período pós-parto. I. Silva, Richardson Augusto Rosendo da. II. Título.

RN/UF/BSE13

CDU: 618.2-083

JOICY MARIA DAMASCENO DE FREITAS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA HIV POSITIVA E SEU RN:  
CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

APROVADO EM: 17/11/2015.

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Richardson Augusto Rosendo da Silva  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Flávio César Bezerra da Silva  
Coordenador (a) local do CEEO

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Bruna Figueiredo Manzo  
Docente da UFMG

---

Prof<sup>a</sup> Dr Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho  
Coordenador (a) local do CEEO

NATAL – RIO GRANDE DO NORTE

2015

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditaram no meu sucesso e contribuíram para realização de mais um sonho na minha vida. A Jamily Macedo e Wilton Cesar que sempre me apoiaram e me ajudaram em todos os momentos e ao meu amado companheiro Adriano Mendonça por não me deixar desistir nunca.

## **Agradecimentos**

Ao professor orientador.

Aos professores que contribuíram para meu crescimento intelectual.

Aos enfermeiros preceptores.

Aos meus colegas de curso, por não me deixarem desistir.

*“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”*

*(Cora Coralina)*

## RESUMO

Há mais de duas décadas o mundo convive com a epidemia de AIDS, e cada dia esta doença desenvolve-se de forma assustadora, tendo aumentado consideravelmente entre o sexo feminino e em plena atividade reprodutiva. Associado ao aumento de casos de AIDS entre mulheres, as crianças vêm constituindo um grupo de risco crescente para a infecção pelo HIV, com nítidos aumentos da incidência de crianças nascidas já infectadas. A incidência do risco da transmissão vertical (TV) do HIV da mãe para o filho é preocupante e requer atenção especial, principalmente tratando-se de gestante, por estar também colocando em risco o bem-estar do feto e da família. Pesquisas indicam que o uso do AZT (Zidovudina), medicamento indispensável durante a gestação, trabalho de parto e parto e nos recém-nascidos logo após o nascimento, além da contra-indicação do aleitamento materno tem demonstrado redução significativa da TV. Com essas medidas para interceptar a TV, outros cuidados também são importantes no âmbito da assistência hospitalar garantindo qualidade do atendimento da mulher e da criança com HIV. Com base nesses fundamentos considera-se que a mulher com HIV na gestação receba atendimento humanizado e tecnicamente correto, para isto, a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental neste cuidado, devendo estar qualificada para atender esta clientela.

Palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida; HIV; enfermagem; período pós-parto; recém-nascido.

## **ABSTRACT**

It has passed two decades since the world started to deal with AIDS epidemic. Every day this disease grows in a terrible way specially within femmes in fully reproductive activity. Associated with the increase in AIDS cases among women, children come constituting a growing risk group for HIV infection, with sharp increases in the incidence of children born already infected. The incidence through the risk of HIV's vertical transmission from mother to child is worrying and requires special attention, especially in the case of pregnant women, as it is also putting in risk the well-being of the fetus and family. Research indicates that the use of AZT (Zidovudine), essential medication during pregnancy, labor and delivery and newborn soon after birth, as well as contraindication of breastfeeding has been shown to significantly reduce the TV. With these measures to intercept the TV, other cares are also important in the context of hospital care, guaranteeing quality woman and children with HIV care. Based on these grounds it is considered that women with HIV during pregnancy receive humanized and technically correct care and the nursing staff plays a key role in this aspect and should be qualified to serve this clientele.

**Key Words:** Acquired immunodeficiency syndrome; HIV; nursing; postpartum period; newborn.

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1: Cronograma de execução .....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 2: Orçamento.....</b>	<b>28</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>3. CENÁRIO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>4. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>15</b>
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>6. PÚBLICO ALVO.....</b>	<b>22</b>
<b>7. OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
<b>8. METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
<b>9. RESULTAO ESPERADO .....</b>	<b>25</b>
<b>10. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>11. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>12. ORÇAMENTO .....</b>	<b>28</b>
<b>13. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## **1. Introdução:**

A infecção pelo vírus HIV é considerada hoje um grande problema de saúde pública, tem um caráter pandêmico para a qual não existe cura ou vacina, causando diversas mortes por ano. A transmissão do vírus se dá pelo contato durante relação sexual seja ela homo, hétero ou bissexual; pela exposição parenteral ou de mucosas a sangue ou hemoderivados ou instrumentos perfuro cortantes contaminados com o vírus HIV, ou ainda através de transmissão vertical, durante a gestação, parto ou amamentação. (Carla, et al,2012).

Com introdução da terapia antirretroviral, a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica, que se manejada e tratada de maneira adequada, diminui, consideravelmente, a probabilidade de adoecimento e morte das pessoas. Além disso, estudos recentes evidenciaram que o tratamento não só é eficaz para o controle da doença e melhoria da qualidade de vida, mas também para a diminuição da transmissão do vírus (BRASIL, 2012).

Desde o início da epidemia na década de 1980 até o presente, o perfil de disseminação da doença tem mudado significativamente, sobretudo no aumento de pessoas heterossexuais infectadas culminando com o aumento do número de mulheres portadoras do vírus, incluindo também neste cenário os filhos nascidos dessas mulheres (barroso, et al).

Como atualmente a proporção de mulheres com a infecção tem aumentado consideravelmente e estas na maioria estão em idade reprodutiva, as gestantes portadoras do HIV constituem uma situação especial, atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV. O momento exato em que ocorre a transmissão vertical ainda não é conhecido, porém esta pode ocorrer tanto na gestação, parto ou pós-parto e através do aleitamento (VAZ, 2000).

A transmissão vertical tornou-se no decorrer dos anos a principal via de transmissão do vírus em crianças, o que levou a uma preocupação nacional em conter este tipo de transmissão, tornando a prevenção umas das prioridades no programa nacional de DST e AIDS (padoin et al).

Sabe-se hoje que a taxa de transmissão vertical sem qualquer intervenção situa-se em torno de 25%, no entanto com a introdução de medidas preventivas, este número pode ser reduzido a cerca de 0,2%. O Brasil tem se sobressaído no cenário internacional pela defesa e controle de ações universais e pelo acesso gratuito a terapia específica determinada em consensos nacionais e estas ações refletem-se no declínio da infecção em crianças menores de 5 anos. Sua política de atenção e prevenção é mundialmente conhecida como umas das mais eficazes. (BARROSO ET AL).

Porém, no cotidiano assistencial, observa-se que mesmo com todas as medidas adotadas de controle da doença, percebe-se ainda presença de lacunas como falhas na assistência pré-natal, na cobertura dos testes diagnósticos, dentre outras situações, interferindo no controle deste tipo de transmissão.

Estudos têm mostrado que cerca de 65% de ocorrência de transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e o parto, enquanto que 35% restantes ocorrem nas primeiras semanas de gestação. A amamentação representa 7% a 22% do risco de transmissão pelo vírus (BRASIL, 2010).

A transmissão intra-útero foi comprovada pela detecção do HIV no líquido amniótico, tecidos fetais e placenta, porém o risco maior de transmissão ocorre no final da gestação e durante o parto. Os mecanismos de transmissão intraparto são desconhecidos, mas provavelmente ocorram pela exposição muco-cutânea da criança ao sangue ou secreção vaginal materna. Além disso, o aleitamento materno também representa risco adicional, por isso no Brasil, o ministério da saúde contra indica o aleitamento entre mulheres infectadas pelo HIV (Araújo et al, 2007).

O ministério da saúde publicou recomendações profiláticas da transmissão vertical, um conjunto de medidas foi adotado para reduzir o índice da infecção em RNs, dentre elas podemos citar: realização de cesárea eletiva, quando indicada; administração de terapia antirretroviral; administração de AZT em recém-nascidos nas primeiras duas horas e substituição do aleitamento pela fórmula artificial. No neonato, o diagnóstico da não transmissão da infecção só ocorre após 18 meses de nascido e o uso da medicação pode acarretar efeitos adversos, tanto na mãe como no RN. (Cartaxo et al., 2013).

Após esta publicação o ministério da saúde ao longo dos anos atualizou suas edições neste tema, lançando em 2010 um guia com recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretrovirais em gestantes. Em 2014 apresentou o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e

adolescentes e o protocolo de investigação de transmissão vertical. Além disso o ministério da saúde também tem dado grande importância ao diagnóstico da doença, lançando os testes rápidos no pré-natal e parto.

A importância da oferta da testagem para o diagnóstico da infecção pelo HIV a todas as gestantes é fundamental, e deve ser realizado durante o primeiro trimestre de gestação e repetido no terceiro trimestre preferencialmente, pois o conhecimento do estado sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico tornam possível adoção de medidas que reduzem substancialmente o risco de transmissão vertical do HIV. É importante enfatizar que o teste deve ser oferecido e sua realização é voluntária confidencial e sigilosa, para a gestante e seu(s) parceiro(s) (BRASIL, 2010).

Apesar do esforço de diagnosticar precocemente estas gestantes durante o pré-natal para a instituição de um tratamento ainda no início da gestação, muitas mulheres só são diagnosticadas na hora do parto. Diante desta situação a equipe de enfermagem se insere neste contexto com grande importância, assistindo esta parturiente em seus cuidados diretos, prestando apoio e assistência. Para isto a equipe necessita de qualificação para lidar com esta clientela especial.

A partir do diagnóstico o cotidiano da gestante, parturiente ou puérpera passa a ser dominada de interrogações, esta convive com a incerteza com relação ao seu futuro e ao futuro do seu filho, se este será portador do vírus. Além de vivenciar situações carregadas de estigma. Nesta perspectiva, a portadora merece atenção e cuidados especiais, sendo a enfermagem fundamental no cuidado hospitalar, tanto no momento do parto quanto no puerpério, fazendo com que esta paciente possa vivenciar sua condição com o máximo de naturalidade possível e realize corretamente seu tratamento antirretroviral. (Cartaxo et al.,2013).

A transmissão vertical do HIV é um desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil, apesar dos avanços obtidos nesta área. Com o objetivo de avançar nesta prevenção, percebeu-se ser necessária assistência qualificada e segura nas maternidades do Brasil e que estas tenham condições de atendimento à gestante portadora de HIV bem como ao seu recém-nascido.

## **2. Problematização da situação**

Estima-se que aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/AIDS no Brasil, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, dos quais em torno de 80% (574 mil) tenham sido diagnosticados (BRASIL, 2012). Em 2012, a taxa de detecção de AIDS entre os homens e as mulheres foi maior entre aqueles com 35 a 39 anos, 56,1 e 30,3/100.000 hab., respectivamente (BRASIL, 2014).

Segundo o último boletim divulgado pelo ministério da saúde em 2014, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano. Em 2013, 59,9% dos casos esperados foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A região Nordeste apresentou o maior percentual de casos notificados em relação ao número esperado, 70,6%; o Sul, 65,7%; o Norte, 59,6%; o Sudeste 53,0%; e o Centro Oeste, 48,6% (BRASIL,2014).

No Brasil, desde 2000 até junho de 2014, foram notificadas 84.558 gestantes infectadas com o HIV, a maioria delas residente na região Sudeste (41,1%), seguida pelas regiões Sul (31,1%), Nordeste (15,4%), Norte (6,6%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2013, foram identificadas 7.219 gestantes no Brasil, sendo 34,1% na região Sudeste, 30,2% no Sul, 19,2% no Nordeste, 10,0% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste (BRASIL, 2014).

É neste cenário que se permite identificar mudanças no perfil clínico-epidemiológico do HIV/AIDS, assim como aumento no número de casos principalmente em mulheres e conseqüentemente em sua prole. É, portanto, a partir deste problema que medidas de controle devem ser implementadas, subsidiando os gestores para a tomada de decisões baseadas em evidências e possibilitando adequações no planejamento das ações de controle desse agravo.

### **3. Cenário de intervenção:**

A intervenção será desenvolvida no hospital Dr. José Pedro Bezerra pertencente ao município de Natal, o qual se localiza no Estado do Rio Grande do Norte. Este serviço recebe uma demanda expressiva de usuários do SUS, pois atende a população tanto dessa região da cidade – que abriga 300 mil habitantes, quanto o considerável volume de pacientes oriundos dos municípios da Grande Natal e do interior do Estado.

São oferecidos serviços padrões de um hospital geral com urgências e emergências nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia. Além de ser maternidade estadual de referência em gestação de alto risco e uma das quatro unidades de saúde no Estado que dispõe do Programa de Internação Domiciliar (PID), para dar suporte aos pacientes em suas residências.

Possui também os serviços de Banco de Leite Humano e de Sangue (setor de Hemoterapia), Laboratórios de Análises Clínicas e Microbiologia e setor de Radiologia. Dentre os programas atualmente em andamento, destacam-se o de Aleitamento Materno, que faz da Santa Catarina, desde 1995, um Hospital Amigo da Criança (título concedido pelo UNICEF), e o programa de Humanização. Há ainda as iniciativas de Assistência à Vítima de Abuso Sexual (PAVAS), Mãe-Canguru, Prevenção Congênita à Sífilis e à AIDS (Projeto Nascer) e a CCIH. As crianças têm lugar reservado no HJPB, Um cuidado que começa com os recém-nascidos no ambulatório de Neonatologia, no Programa Mãe-Canguru e no Grupo de atendimento Apoio ao Bebê Especial (GABE), para crianças que nascem com problemas congênitos, como os portadores de Síndrome de Down. O hospital também dispõe de um centro cirúrgico com quatro salas de cirurgia que cirurgias de emergências gerais e obstétricas.

Por ser considerado um hospital de referência para gestações de alto risco, este recebe constantemente gestantes portadoras do vírus HIV, sejam estas já admitidas com o diagnóstico da doença ou ainda diagnosticadas no momento da admissão.

A enfermagem tem um papel essencial nos cuidados aos pacientes em todos os setores do hospital. Atuando de maneira direta aos cuidados com gestantes, puérperas e RNs portadores do vírus HIV.

#### **4. Justificativa**

A transmissão vertical do HIV é desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil, apesar dos avanços obtidos nesta área, ainda há muito que se fazer principalmente no que diz respeito à homogeneidade das ações na diversas regiões, entendendo a barreiras que interferem nos melhores resultados. Para isto é necessário que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atendimento à gestante portadora da doença, bem como ao seu recém-nascido.

Ter no serviço um protocolo para a Prevenção da transmissão Vertical de HIV contribui para a melhoria da qualidade na atenção destas mulheres e recém-nascidos, resultando em uma redução das taxas de transmissão vertical do HIV. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem são incumbidos de uma participação-chave e desafiadora, uma vez que o contato com os acometidos é direto e emocional, podendo estes profissionais atuar desde a captura de informações, até cuidados mais específicos e não menos importantes.

Diferentemente dos outros profissionais multidisciplinares, o profissional de enfermagem lida com as verdades mais absolutas dos acometidos, como higiene, linguagem, vestuário e objetos pessoais que podem sinalizar traços de personalidade e status da condição deles no que se refere à aceitação da doença e disposição em cuidar-se, aumentando-lhes a probabilidade de sobrevida e, sobretudo, evitando a propagação da patologia. Faz-se necessário cada vez mais à intensificação da qualificação desses profissionais na tentativa de intercepção da expansão da transmissão vertical.

Fica evidente que a qualificação da equipe de enfermagem e a padronização das condutas na assistência dessa clientela fazem-se necessário para que estes atuem de maneira ampla, entendendo todo o contexto que se insere estes pacientes e que esta qualificação se dê por parâmetros humanitários.

O presente trabalho buscou desenvolver uma atuação mais sistematizada no cuidado a puérpera HIV positiva e seu RN e foi motivado pela observação da falta de preparo e conhecimento desses profissionais para atuarem com estes pacientes, sendo frequente a presença deste agravo no cotidiano do serviço.

## 5. Referencial teórico

Desde a sua descoberta, em 1981, o HIV/AIDS matou mais de 25 milhões de pessoas em todo o mundo. Os primeiros casos da doença ocorreram nos estados unidos e foram reconhecidos a partir da identificação de um número de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystiscarinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (ALMEIDA, 2007).

A AIDS ficou inicialmente chamada de a Doença dos 5H, pois acometia prioritariamente homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômodos (usuários de heroína) e hookers (nome em inglês dado as profissionais do sexo).

O primeiro caso da doença no Brasil aconteceu em 1982, assim como também o primeiro caso conhecido de transmissão através de transfusão de sangue. No ano seguinte ocorreu o primeiro caso de transmissão heterossexual configurando assim uma mudança no cenário da doença já que não se podia mais ser atribuída como a doença dos 5H.

Em 1984 um laboratório da França isolou o vírus e o classificou como um retrovírus, neste mesmo ano o Brasil institui o programa de controle a AIDS nos pais. Muitos estudos foram realizados com o intuito de se conhecer mais sobre uma doença tão assustadoramente letal e muito se avançou. Em 1985 ocorreu a descoberta de que a doença propriamente dita já é a fase final de danos ao sistema imunológico, além de serem descartados os grupos de risco, instituindo-se agora os comportamentos de risco já que a doenças também acometia heterossexuais e podia ser transmitida por via vertical (BRASIL, 2015).

Em 1988, no cenário de criação de um sistema único de saúde no Brasil foi instituído o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, que teria um papel-chave no âmbito das ações de combate à doença, e cujo contexto histórico está situado no final do primeiro governo civil após o regime militar. Como ação de combate esta a distribuição gratuita de medicamentos para as infecções oportunistas (BRASIL, 2015).

Nos anos seguintes ao surgimento da doença foi crescendo gradativamente o número de casos e em 1989 já eram mais de 6 mil casos conhecidos da doença. E é neste contexto que em 1991 o governo brasileiro passa a distribuir gratuitamente antirretrovirais, fato muito importante para o controle do vírus no país.

Dez anos após a descoberta da epidemia a organização mundial de saúde afirma que cerca de 10 milhões de pessoas já estão infectadas em todo mundo. A grande exposição dos casos da doença na mídia, a morte de pessoas famosas ou conhecidas do grande público e a criação das primeiras organizações não governamentais de combate à AIDS, trazem a tona discussões sobre a deficiência da atuação do Estado sobre uma epidemia e que embora algumas medidas de combate já tivessem sido tomadas, estas ainda eram pouco eficientes e precárias. A doença agora já estava afetando outros segmentos da sociedade, além dos grupos de risco identificados no início da doença (BRASIL, 2015).

Em 1993 a AIDS passa a ser notificada compulsoriamente e durante os anos que se seguiram os estudos no âmbito da doença foram progredindo, outras drogas foram sendo adicionadas, exames laboratoriais e campanhas foram intensificadas com o desejo de prevenir e diagnosticar o mais precocemente possível. O ministério da saúde iniciou a entrega maciça de preservativos, em 2009 foram ofertados 465,2 milhões de preservativos em todo o país.

Atualmente os programas de prevenção continuam atuantes, os medicamentos são gratuitos e indicados para qualquer fase da doença, o país adota uma política de tratamento como prevenção e a redução da transmissão vertical e isto tem sido um ponto importante.

O perfil da doença tem mudado ao longo dos anos, hoje vemos que esta tem se apresentado na população feminina, pobre e em indivíduos de qualquer opção sexual, incluindo filhos nascidos de mães infectadas, logo, crianças vem constituindo um grupo de risco. A transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) acontece pela passagem do vírus da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Sem qualquer ação profilática, o risco de que isso aconteça é de 25% a 30%. Se aplicadas todas as medidas preconizadas, a taxa de transmissão vertical do HIV seria reduzida para níveis inferiores a 2%.

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher uma rede de cuidados (planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério) e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. Entre as ações do componente pré-natal da Rede Cegonha se encontram a prevenção e tratamento das DST, HIV/AIDS e hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de sífilis e HIV. Com a implantação da rede o Brasil espera caminhar para a eliminação da transmissão vertical.

No país o número de gestantes portadoras do vírus ainda é alta, segundo dados do ministério da saúde, em 2012 foram mais de 7 mil casos. Um indicador utilizado para monitorar a taxa de transmissão vertical é o número de crianças menores de cinco anos com a doença.

A organização pan-americana de saúde (OPAS) criou um comitê que irá validar a redução da TV e certificara os países que alcançarem essas metas. De acordo com a (OPAS) a taxa de transmissão vertical tem que ser inferior a 2%.

Hoje muito já se sabe sobre a AIDS e que esta é transmitida por vírus que enfraquece o sistema imunológico do corpo gradualmente, geralmente durante um período de até dez anos após a infecção. Este vírus é classificado como um retrovírus da subfamília dos *Lentiviridae*.

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual, sanguínea e vertical; e além dessas formas, mais frequentes, também pode ocorrer à transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV.

A principal forma de exposição em todo o mundo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual, nas relações sem o uso de preservativo é considerada pela OMS como a mais frequente. Na África subsaariana, é a principal forma de transmissão. Nos países desenvolvidos, a exposição ao HIV por relações homossexuais ainda é a responsável pelo maior número de casos, embora as relações heterossexuais estejam aumentando proporcionalmente como uma tendência na dinâmica da epidemia. Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV em uma relação heterossexual são: alta viremia, imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outra DST, principalmente as ulcerativas. Sabe-se hoje que as úlceras resultantes de infecções sexualmente transmissíveis como cancro mole, sífilis e herpes genital, aumentam muito o risco de transmissão do HIV.

A transmissão esta sanguínea associada ao uso de drogas injetáveis é um meio muito eficaz de transmissão do HIV, devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas. Essa via de transmissão adquire importância crescente em várias partes do mundo, como na Ásia, América Latina e no Caribe. A transmissão mediante transfusão de sangue e derivados é cada vez menos relevante nos países industrializados e naqueles que adotaram medidas de controle da qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil.

A transmissão vertical, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, vem aumentando devido à maior transmissão heterossexual. Na África, são encontradas as maiores taxas desta forma de infecção pelo HIV, da ordem de 30 a 40%; entretanto, em outras partes do mundo, como na América do Norte e Europa, situam-se em torno de 15 a 29%. Os principais motivos dessa diferença devem-se ao fato de que, na África, a transmissão heterossexual é mais intensa, e que neste continente, o aleitamento materno é muito mais frequente do que nos países industrializados. A transmissão intrauterina é possível em qualquer fase da gravidez; porém é menos frequente no primeiro trimestre. As infecções ocorridas nesse período não têm sido associadas a malformações fetais. O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas (BRASIL, 2013).

Atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral ocorre na população feminina e grande parte desses casos é diagnosticada durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV, isso representa um problema grave na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a infecção pelo HIV, além de uma gravidez possivelmente não desejada: 21% dos nascidos vivos têm mães com idade entre 15 e 19 anos (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC).

O ministério da saúde com o intuito de reduzir o número de casos da doença no país tem investido na redução da transmissão vertical, em 2010 foi criado um manual com recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Para isto foi reunido um Comitê Assessor para Recomendações de Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, que revisou as Recomendações de Terapia Antirretroviral e as demais condutas relacionadas à profilaxia da transmissão vertical do HIV. As recomendações que estão neste documento foram baseadas no conhecimento científico disponível e na experiência de especialistas na área, considerando sempre as condições de implementação no Sistema Único de Saúde.

A realização do diagnóstico da infecção pelo HIV no parto, com o uso de testes rápidos, possibilita a adoção de medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o trabalho de parto e parto, uma vez que o resultado é obtido em menos de 30 minutos. Se o

diagnóstico for negativo, a infecção é descartada, porém se for positiva um segundo teste é então realizado.

Todas as gestantes, independentemente do tipo de parto, devem receber AZT intravenoso (IV) desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva, a ser mantido até o clampeamento do cordão umbilical, segundo as doses preconizadas pelo ministério da saúde (BRASIL, 2010).

Não há necessidade de se isolar a puérpera do seu RN. Ambos devem ser encaminhados para alojamento conjunto. A decisão de continuar ou interromper os ARV no pós-parto depende da contagem de linfócitos T CD4+. Porém o aleitamento materno é contraindicado e a medicação para inibir a lactação é prescrita (BRASIL, 2010).

De acordo com o ministério da saúde o recém-nascido deve receber zidovudina em solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras duas horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias). Porém se o diagnóstico só ocorre após o parto o RN deve receber a medicação o mais rápido possível e não há evidências de benefícios após 48 horas, ficando à critério médico sua utilização. O RN que recebeu a medicação só tem a infecção descartada após 18 meses (Cartaxo et. Al., 2013). O ministério da saúde publicou em 2014 o protocolo de diretrizes clínicas para o manejo de HIV-AIDS em crianças e adolescentes e nele estão as condutas para recém-nascidos expostos ao vírus.

De acordo com o protocolo, todo RN exposto deve receber AZT via oral, se recebeu tratamento durante o pré-natal, quando isto não ocorre a nevirapima é utilizada em associação, esses RNs além de medicação também recebem acompanhamento laboratorial até 18 meses de vida.

Hoje já existe uma política de saúde sexual e reprodutiva e várias entidades governamentais e não governamentais têm se engajado em diminuir a epidemia de HIV. Segundo a UNAIDS existe uma meta para ser alcançada até 2020 e faz parte da estratégia 90-90-90: que 90% de todas as pessoas vivendo com HIV conheçam seu status; que 90% das pessoas diagnosticadas recebam terapia antirretroviral; e que 90% das pessoas recebendo tratamento possuam carga viral suprimida e não mais possam transmitir o vírus. UNAIDS estima que cerca de 13,6 milhões de pessoas tinham acesso à terapia antirretroviral em todo o mundo até junho de 2014, uma conquista significativa para garantir que 15 milhões de pessoas estejam em tratamento até 2015, mas ainda distante das metas 90-90-90. Além disso,

um esforço especial será necessário para eliminar as lacunas ainda existentes para aumentar o número de crianças em tratamento.

Esses pacientes precisam de cuidados especiais no momento do parto e do puerpério. A enfermagem desempenha papel fundamental neste cuidado. Uma assistência de qualidade e sistematizada deve ser oferecida visando promover esse cuidado. A enfermagem, por se caracterizar como uma profissão dinâmica necessita de uma metodologia que seja capaz de refletir tal dinamismo. O processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, facilitando a troca de informações entre enfermeiros de várias instituições. A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem. (ANDRADE, 2005).

A utilização de protocolos na assistência de enfermagem tem sido muito difundida e de acordo com o coren de MG, protocolo é um instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções, e tem como base prática do cotidiano de trabalho em saúde de acordo com cada realidade. Trata-se de discriminar as atividades e atribuições de cada profissional com responsabilidade, competência, respaldo e segurança ao usuário, respeitando os preceitos éticos e legais.

O ministério da saúde criou em 2005 o comitê gestor de nacional de protocolos de assistência e incorporação tecnológica em saúde com o intuito de definir critérios para aprovação e avaliação no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Para campos, 2009 a ausência de padronização demonstra fragilidade no sistema de trabalho levando a grandes variações no modo de fazer as ações.

## **6. Público alvo**

O trabalho de intervenção será realizado com técnicos e enfermeiros que atuam na assistência a puérperas HIV positivas acompanhadas de seus RNs em pós-parto cesáreo imediato no centro de recuperação pós-anestésica do hospital Dr José Pedro Bezerra.

## **7. Objetivos**

### **7.1. Geral:**

Sistematizar a assistência de enfermagem à puérpera HIV positiva e seu RN no em pós-operatório imediato no centro de recuperação pós-anestésica do HJPB.

### **7.2. Específicos:**

- Elaborar um procedimento operacional padrão, para ser utilizado na assistência de enfermagem a puérpera HIV positiva e seu RN.
- Capacitar a equipe de enfermagem para utilização desse procedimento durante a assistência mãe e filho.
- Promover a melhora da qualidade da assistência de enfermagem prestada a puérpera HIV positiva e seu RN.

## **8. Metodologia:**

### **Procedimento de Intervenção**

A metodologia é vista como um conjunto de opções teóricas e de instrumentos validados cientificamente, que ordenem a ação do pesquisador de maneira sistemática para que este possa alcançar seus objetivos do estudo, respondendo ao problema que gerou o projeto (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER,1999).

A elaboração do projeto de intervenção partiu da observação da realidade de trabalho identificando-se como o problema para intervenção a falta de sistematização da assistência de enfermagem a puérpera HIV positiva e seu RN no pós-operatório imediato. No desenvolvimento da intervenção adotou-se como critério de seleção: serem puérperas HIV positivas acompanhadas de seus RNs em pós parto cesáreo imediato no centro de recuperação pós anestésica do hospital DR José Pedro Bezerra.

Para a elaboração da intervenção foi realizado um levantamento bibliográfico a partir da revisão da literatura abordando o tema gestantes, puérperas soropositivas para HIV/AIDS, cuidados com os RNs e a assistência de enfermagem a estes. Após embasamento teórico foi elaborado um procedimento operacional padrão visando sistematizar assistência de enfermagem a puérpera HIV positiva e seu RN.

Após a criação deste procedimento operacional, torna-se necessário capacitar a equipe de enfermagem para sua utilização, para isto será realizada uma capacitação em forma de oficina com duração de uma hora, onde serão abordados os temas HIV na gestação, parto e puerpério, além da transmissão vertical e como a enfermagem atua neste cenário, visando prestar uma assistência qualificada e sistematizada. Essas oficinas serão realizadas durante quatro semanas em pequenos grupos, onde participarão técnicos de enfermagem presentes do plantão no centro cirúrgico no dia da oficina e enfermeiros em dias específicos.

Serão utilizados como recursos materiais: computador disponível no setor; POP impresso e canetas. Além disso, a oficina disponibilizará de dinâmicas de grupo com treinamento de preparo e administração do AZT e técnicas de enfaixamento das mamas.

## **9. Resultados esperados:**

Espera-se com este trabalho de intervenção melhorar a qualidade da assistência de enfermagem a puérperas HIV positivas e seus RNs no Centro cirúrgico do Hospital Dr José Pedro Bezerra, através da sistematização da assistência com a implementação de um procedimento operacional padrão a ser aplicado no serviço. A equipe de enfermagem receberá treinamento para aplicação do POP, com isso espera-se prestar uma assistência de qualidade, para que se possa reduzir a taxa de transmissão vertical da doença.

## **10. Avaliação da intervenção**

A avaliação da intervenção ocorrerá através de instrumento de avaliação que será aplicado com toda equipe de enfermagem, após o término de cada oficina.

### CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

FASE DE PESQUISA	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
1. Referencia I teórico		x	x									
2. planejamento				x								
3. Coleta de dados					x							
4. Análise dos dados						x	x					
5. Redação do projeto								x	x	x		
6. Elaboração do POP											x	
7. Treinamento da equipe para utilização do protocolo											x	
8. Implementação e avaliação do protocolo.												x

**ORÇAMENTO:**

**RELAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS**

<b>ITENS</b>	<b>CUSTO</b>
XEROX	20,00
TONNER DE IMPRESSORA	100,00
PAPEL OFÍCIO	14,00
CANETAS	20,00
PASTAS	10,00

Os custos com o projeto foram financiados pelo autor do projeto, em parceria com o serviço hospitalar onde será realizada a intervenção.

## REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, M. R. C. B. et al.; A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.

ARAÚJO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. *Rev. bras. Enferm.*, v. 60, n. 4, p. 396-399, 2007.

ARAÚJO, M. A. L.; FARIAS, F. L. R.; RODRIGUES, A. V. B.; Aconselhamento pós-teste anti-hiv: análise à luz de uma teoria humanística de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 425-31, 2006.

ANDRADE, S. J. Prática assistencial da enfermagem-Problemas, perspectivas necessidades de sistematização. *Rev. de enfermagem*, junho de 2005.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. Ministério da Saúde. [seriado online] 2013-janeiro-junho [citado novembro de 2014]; Disponível em: <[//www.aids.gov.br/](http://www.aids.gov.br/)>

CARTAXO, C. M. B. et al.; Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. *Estud. Psicol.*, v. 18, n. 3, p. 419-27, 2013.

BARROSO, L. M. M. et al. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/aids. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 10, n. 4, 2012.

Equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [en línea] 2012, 16 (março): [fecha de consulta: 28 de novembro de 2014] Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127721430007>> ISSN 1414-8145.

BRITO, A. M. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. supl., p. 18-22, 2006.

Global report: unaids report on the global aids epidemic: 2012. Unaid, 2012.joint united nations programme on hiv/aids staff; world health organization; world health organization STAFF. AIDS epidemic update, December 2006. World Health Organization, 2006.

PADOIN, S. M. M. et al.; Vulnerabilidade materno-infantil: fatores de (não) adesão à profilaxia da transmissão vertical do hiv; Vulnerabilidade materno infantil: factores de (no) adhesion a laprofilaxis de latransmision vertical delvih. REME rev. min. Enferm., v. 15, n. 3, p. 443-452, 2011.

Ministério da Saúde, 2010. Transmissão vertical do HIV e recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O.; Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 8, n. 2, p. 41-6, 2000.