

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Programa Nacional de DST e Aids



Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília – DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.500 exemplares

Esta obra foi impressa anteriormente como documento preliminar.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70750-000, Brasília – DF

E-mail: aids@aids.gov.br

Home Page: <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde/Pergunte Aids: 0800 61 1997

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids.

Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids.
– Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

80 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0674-6

1. Infecção por HIV. 2. Transmissão Vertical de Doença. 3. Assistência Perinatal. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

NLM WC 503

Catálogo na fonte – Editora MS

SUMÁRIO

Apresentação	7
Capacitação do Projeto Nascer – Maternidades	8
Objetivo geral	8
Objetivos específicos	8
Seqüência de atividades I	9
Introdução	11
Para prevenção da transmissão vertical do HIV	13
Para prevenção da Sífilis Congênita antes da gravidez	14
Durante a gravidez diagnóstico precoce de Sífilis materna no pré-natal	14
Na admissão para parto ou curetagem por abortamento diagnóstico materno e do recém-nascido	14
Conclusão	15
Quadro 1: Percentual de cobertura de parturientes que consumiram o AZT no momento do parto, por UF, durante o ano de 2001	16
Tabela 1: Prevalência de infecção pelo HIV em parturientes evidenciada em estudos transversais	18
Figura 1: Casos de AIDS notificados na categoria perinatal por ano de diagnóstico	18
Estudo de caso parte I	19
Humanização da assistência obstétrica/acolhimento da parturiente 1	20
Seqüência de atividades II	23
Aconselhamento nas maternidades	25
O ingresso da mulher na maternidade	26
Aconselhamento no pré-parto	26
1 - Parturientes com sorologias desconhecidas e/ou não comprovadas para o HIV e a Sífilis.....	26
2 - Parturientes com sorologias prévias negativas para o HIV e a Sífilis.....	27
3 - Parturientes com sorologia comprovada para o HIV e/ou Sífilis.....	27
Aconselhamento na entrega dos resultados	27
Diante do resultado não reagente para o HIV e/ou Sífilis.....	27
Diante do resultado reagente para o HIV e/ou Sífilis.....	28
Diante do resultado fraco reagente.....	29

Aconselhamento no pós-parto até a alta da maternidade	29
Puérperas com resultado não reagente para o HIV e/ou Sífilis.....	29
Puérperas com resultado reagente para o HIV e/ou Sífilis	30
Ética e legislação em HIV/Aids	32
Considerações éticas	32
Gestação e HIV/Aids.....	32
Informação ao cônjuge/ responsável.....	33
Interrupção da gestação.....	34
Esterilização	34
Crianças e adolescentes	34
A triagem diagnóstica da parturiente	36
Os testes rápidos anti-HIV	36
1 – Vantagens.....	37
2 – Limitações	37
3 – Indicações do teste rápido anti-HIV na maternidade	38
Fluxograma na admissão da parturiente na maternidade	39
4 – Execução do teste rápido anti-HIV 2	39
Fluxograma para uso de teste rápido anti-HIV, em parturientes	40
Seqüência de atividades III	41
Estudo de caso parte II	41
Condutas após o resultado do teste rápido na maternidade	42
1 – Programação da quimioprofilaxia com AZT	42
2 – A escolha da via do parto.....	43
3 – Recomendações para o parto vaginal.....	45
4 – Recomendações para a operação cesariana	46
Assistência ao recém-nascido exposto ao HIV nas maternidades	46
Cuidados imediatos ao recém-nascido	47
Protocolos de uso profilático no recém-nascido	47
Biossegurança	49
Precauções padrão e universais	49
Cuidados específicos durante o parto.....	49
Seqüência e de atividades IV	50
Estudo de caso parte III.....	56
Assistência no pós-parto	57
Orientações na alta hospitalar e seguimento da criança exposta ao HIV	58
Diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças	58
Interpretação do diagnóstico	59
Profilaxia primária contra Pneumonia por P. carinii.....	59
 Quadro 1: Recomendações da profilaxia primária de P. carinii (a) para crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV	 59

Sífilis no pós-parto	60
Tratamento da Sífilis no puerpério.....	60
Recomendações no tratamento para Sífilis	61
Sífilis na portadora do HIV	61
Assistência ao recém-nascido com Sífilis congênita	62
Conceito	62
Formas clínicas	62
Diagnóstico laboratorial	62
Condutas no recém-nascido.....	63
Esquemas terapêuticos	63
Vigilância de gestantes/ parturientes HIV + e crianças expostas ao HIV e da Sífilis congênita	65
Crítérios para a investigação e a notificação	65
Para o HIV.....	65
Vigilância do HIV	66
Para a Sífilis congênita.....	66
Fluxo	67
Referências bibliográficas	69
Anexos	73
Anexo 1	75
Uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto	75
Anexo 2	77
Fluxograma para utilização de testes de quantificação de RNA visando a detecção da infecção pelo HIV em crianças com idade entre 2 meses e 2 anos, nascidas de mães infectadas pelo HIV	77
Equipe técnica	79

APRESENTAÇÃO

É alarmante reconhecer que a comprovada eficiência das medidas de prevenção à transmissão do HIV da mãe para o filho tem sido insuficiente para impedir que mais de 90% dos casos de aids entre menores de 13 anos tenha como causa a transmissão vertical. Isto acontece, entre outros motivos, porque a cobertura de realização de testes para o HIV no pré-natal no país é muito inferior ao desejado. Este quadro preocupante motivou o Ministério da Saúde a criar um Projeto com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV e a morbi-mortalidade da sífilis congênita e melhorar a qualidade da assistência perinatal.

O Projeto Nascer – Maternidades atuará em maternidades do SUS (próprias e conveniadas) localizadas em municípios considerados prioritários e que atendam mais de 500 partos por ano. Os critérios adotados para a seleção das maternidades foram: a) notificação de mais de 2 casos de aids por TV em 1999; b) notificação de mais de 5 casos entre 1995 e 1998; c) crescimento igual ou maior que 100% quando comparados os casos de aids por TV notificados entre 1991/1994 e 1995/98. Para as Unidades Federadas que não apresentaram municípios capazes de cumprir esses critérios, foram incluídas as maternidades do SUS que realizam maior número de partos por ano. Ao todo, foram pré-selecionadas 446 maternidades candidatas a participarem desta iniciativa.

Entre as ações do Projeto, destacam-se a capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica. Serão abordadas rotinas para atendimento às urgências obstétricas de hipertensão e sangramento e o partograma. O enfoque prioritário da capacitação é a mudança no processo de trabalho para implementação das ações de melhoria da qualidade da assistência ao parto e puerpério, com garantia de sistema de referência especializada para as mulheres HIV positivas e crianças expostas.

Num primeiro momento, até que sejam viabilizadas soluções mais sustentáveis, como a inclusão do pagamento de testes rápidos e inibidor de lactação na AIH do parto, e a inclusão das crianças expostas na Bolsa Alimentação, o Projeto vai fornecer os testes rápidos e insumos de prevenção e para a profilaxia (AZT, inibidor de lactação e fórmula láctea) para as maternidades cadastradas.

O sucesso do Projeto depende da responsabilidade compartilhada entre os diversos atores participantes, destacando a importância da adesão das maternidades e principalmente das equipes de saúde pela ação direta realizada na prestação de serviços de saúde de qualidade e pela capacidade de promover mudanças sociais.

CAPACITAÇÃO DO PROJETO NASCER – MATERNIDADES.

OBJETIVO GERAL:

Capacitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas no Projeto Nascem-Maternidades com vistas à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- **Implementar ações de acolhimento à gestante;**
- **Implementar ações de aconselhamento na maternidade;**
- **Implementar a realização do teste rápido;**
- **Implementar o manejo clínico da parturiente HIV + e do RN exposto;**
- **Implementar ações de assistência adequada à puérpera HIV+ e ao RN exposto ao HIV e/ou com sífilis congênita.**
- **Implementar ações de vigilância epidemiológica para parturiente infectada pelo HIV/sífilis e criança exposta ao HIV e/ou com sífilis congênita.**

CLIENTELA: 100% das equipes multiprofissionais que atuam na sala de parto das maternidades cadastradas no Projeto Nascem-Maternidades.

CARGA HORÁRIA: 32 horas.

CONTEÚDO: acolhimento, aconselhamento, manejo clínico à gestante e recém nascido, assistência no parto e pós-parto, e vigilância epidemiológica.

METODOLOGIA: problematização.

AVALIAÇÃO: avaliação do curso ao final de cada seqüência de atividades e ao final do curso, avaliação do processo de capacitação, avaliação de impacto nos serviços durante o ano de 2003, avaliação de indicadores epidemiológicos após intervenção pedagógica durante os anos de 2003 e 2004.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES I

Atividades do participante	Atividades do facilitador
1. Participe da apresentação do grupo e elaboração de contrato de convivência.	1. Coordenar dinâmica de apresentação do grupo e elaboração de contrato de convivência.
2. Leia e discuta os textos: "Apresentação" e "Introdução".	2. Dividir os participantes em subgrupos de acordo com as equipes multiprofissionais e turno de trabalho dos serviços. Ler e discutir os textos indicados.
3. Leia e discuta a Parte I do caso " Maria Aparecida vai ganhar neném!!! " e elabore um fluxo de atendimento (entrada parturiente - saída puérpera) com base na situação problema apresentada e na realidade do serviço no qual você atua. Anote o fluxo para apresentação em plenária.	3. Orientar a leitura e discussão do caso e elaboração do fluxo de atendimento.
4. Apresente em plenária o fluxo de atendimento elaborado na atividade anterior.	4. Coordenar a plenária destacando os elementos relativos ao acolhimento/humanização: <ul style="list-style-type: none"> • Nas ações da triagem (verificação do cartão de pré-natal, queixa referida, anamnese, exame físico); • Nas ações de admissão: avaliação de risco (hipertensão, sangramentos, etc.), orientações de rotinas, partograma, etc. • Nas ações de assistência.
5. Discuta a seguinte questão: "Na sua opinião como é realizado o acolhimento da parturiente na maternidade onde você atua?" Elabore o conceito de acolhimento. Anote as conclusões para apresentação em plenária.	5. Manter os subgrupos e orientar a atividade, estimulando a reflexão sobre o processo de trabalho da equipe para o acolhimento da parturiente.
6. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.	6. Coordenar a plenária destacando o conceito de acolhimento.
7. Leia e discuta o texto: "Humanização da Assistência obstétrica/acolhimento da parturiente".	7. Orientar a leitura e discussão do texto em subgrupo.
8. Retome a atividade 4 e discuta as seguintes questões: <ul style="list-style-type: none"> • Como você considerou o acolhimento? • Quais os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para realizar o acolhimento? • Quais aspectos éticos devem ser considerados no processo de acolhimento? • Quem são os profissionais responsáveis pelo acolhimento ("quem faz o que")? Anote as conclusões para apresentação em plenária.	8. Manter os subgrupos e orientar a atividade, destacando os elementos do acolhimento.
9. Elabore uma proposta de reorganização do processo de trabalho para garantir o acolhimento das parturientes na maternidade em que você atua. Anote as conclusões para apresentação em plenária.	9. Manter os subgrupos e orientar a elaboração da proposta de reorganização de serviço para o acolhimento.

10. Apresente em plenária as conclusões das atividades 8 e 9.	10. Coordenar a plenária, destacando os elementos do acolhimento e a necessidade de reorganização do processo de trabalho para redução da TV do HIV e da sífilis congênita.
11. Participe de avaliação da seqüência de atividade I.	11. Coordenar uma dinâmica de avaliação desta seqüência de atividades, ressaltando o conceito chave.

INTRODUÇÃO

No final da década de 80, a frequência de casos de aids entre mulheres cresceu consideravelmente quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão. A razão de sexo entre indivíduos com aids passou de 28 homens para 1 mulher em 1985, e 2 homens para 1 mulher em 2000.

A feminilização da aids é um reflexo do comportamento sócio-sexual da população, associado a aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero. Entre os indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade, observa-se que diminuem os casos do sexo masculino, o mesmo não acontecendo com igual intensidade no sexo feminino. A mulher considera-se menos exposta ao risco, talvez pela sua entrada mais tardia na dinâmica da epidemia, não se enquadrando nos, inicialmente, “grupos de risco”. As faixas etárias que concentram os maiores percentuais de casos de aids em mulheres são as de 25 a 34 anos, ou seja, elas são atingidas em plena idade reprodutiva.

Como consequência do aumento de casos de aids em mulheres, observa-se o aumento da transmissão vertical. Atualmente a quase totalidade de casos de aids em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão materno-infantil do HIV.

A tabela 1 (p. 13) refere-se aos resultados dos estudos transversais (estudos sentinela) realizados em maternidades selecionadas brasileiras, que demonstram prevalência média da infecção pelo HIV, entre as parturientes, de 0,6%.

A probabilidade de transmissão materno-infantil (vertical) do HIV, foi demonstrada por vários estudos, sendo evidenciado que **a maioria dos casos de transmissão, 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, e que **o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, de 7% a 22%**.

Em 1994, a efetividade do uso da zidovudina (o AZT) na redução da transmissão vertical do HIV foi comprovada pelos resultados do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076). Esse estudo comprovou que o uso da Zidovudina reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5% quando usado durante a gestação (cápsula), trabalho de parto e parto (endovenoso) e pelos recém-nascidos (solução oral) que foram alimentados exclusivamente com fórmula infantil (taxa de transmissão de 8,3%). A taxa de transmissão no grupo sem intervenção quimioprofilática com AZT (grupo placebo) foi de 25,5%. Com base nessas evidências, nesse mesmo ano, o CDC publicou a recomendação para o uso de AZT pelas mulheres HIV positivas durante o segundo e terceiro trimestres de gestação e durante o parto, e pelas crianças durante as primeiras 6 semanas de vida (MMWR, 1994).

Depois desse estudo, vários outros, não controlados e observacionais, confirmaram o benefício do AZT na redução da transmissão vertical do HIV, inclusive quando a intervenção com AZT é realizada tardiamente na gestação e no parto, e mesmo quando

administrado apenas para o recém-nascido, antes de 48 horas após o nascimento. O estudo da Tailândia demonstrou que as intervenções profiláticas com AZT realizadas durante o parto e no recém-nascido podem reduzir em cerca de 37% a probabilidade de transmissão materno-infantil do HIV ou seja, 50% da taxa encontrada no protocolo 076. Posteriormente, o uso de outros anti-retrovirais vem sendo incorporado às recomendações de terapia anti-retroviral (TARV) em gestantes, tendo em vista a ampla comprovação de que o uso de TARV combinada (AZT e outros ARV) é capaz de reduzir significativamente a carga viral do HIV para níveis indetectáveis, levando, segundo alguns estudos, as taxas de transmissão materno-infantil para níveis inferiores a 3%.

Os estudos têm demonstrado ser vários os fatores associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para filho. Podemos citar dentre eles: a) **fatores virais**, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo viral, diversidade circulante e resistência viral; b) **fatores maternos**, incluindo estado clínico e imunológico; presença de DST e outras co-infecções e o estado nutricional da mulher; c) **fatores comportamentais**, tais como o uso de drogas e práticas sexuais desprotegidas; d) **fatores obstétricos**, tais como a duração de ruptura das membranas amnióticas; a via de parto e a presença de hemorragia intraparto; e e) **fatores inerentes ao recém-nascido**, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e a transmissão pelo aleitamento materno. Dentre esses reconhece-se, hoje, como um dos principais fatores associados à transmissão vertical do HIV, a **carga viral elevada** e a **ruptura prolongada das membranas amnióticas**. Portanto, a presença de carga viral nas secreções cérvico-vaginais e no leite materno têm se mostrado, respectivamente, importante determinante de risco de transmissão intra-parto e pela amamentação.

As evidências descritas acima apontam a importância da promoção de intervenções que propiciem a realização rápida do parto com adequada assistência ao binômio mãe HIV+ e seu filho; o uso do AZT na gestação, durante o trabalho de parto/parto e pelo recém-nascido (quimioprofilaxia da TMI do HIV) e quando houver indicação, o uso de terapia anti-retroviral combinada pela gestante, e da operação cesariana eletiva, conforme recomendação do documento de consenso de gestantes “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes”, revisado periodicamente pela Coordenação Nacional de DST/AIDS e disponibilizados no site *www.aids.gov.br*.

Embora no Brasil haja disponibilidade de testes e medicação profilática que possibilitam taxas potencialmente reduzidas de transmissão vertical, as crianças continuam a se infectar. Muitas mulheres chegam às maternidades sem terem freqüentado o pré-natal, e a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40% (ver Quadro 1, p. 12), sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência de fatores como baixa adesão ao pré-natal e ou captação tardia. **Em outras palavras, para a maioria das mulheres HIV+ a única oportunidade de terem acesso ao aconselhamento, ao teste para a pesquisa do HIV, e ao tratamento quimioprofilático da transmissão vertical, é na hora do parto.**

Reconhece-se que este não é o momento ideal para o oferecimento e realização do teste anti-HIV. Entretanto, negar à mulher a oportunidade de ser testada e de se disponibilizar o tratamento quimioprofilático adequado para ela e para o recém-nascido, estando tal terapia disponível e com isto reduzindo significativamente a chance da criança se infectar pelo HIV, parece mais danoso do que qualquer discussão sobre a propriedade da testagem no momento do parto.

A ocorrência de sífilis congênita é o reflexo da incidência de sífilis adquirida em gestantes. Estima-se no nosso país, uma taxa de prevalência de sífilis na gestação de cerca de 2%. Em adição, sabe-se que 40% dos casos de sífilis na gestação, sem tratamento, resulta em morte fetal, causando aborto espontâneo e natimorto ou ainda morte neonatal precoce; por isso a importância de que todas estas mulheres também tenham a oportunidade de serem pesquisadas na maternidade.

Em 1993, o Ministério da Saúde propôs o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita enquanto um problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização Mundial e Pan-Americana de Saúde, definindo o seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso/1000 nascidos vivos. Para que essa meta seja alcançada, é recomendado que seja realizada a pesquisa da infecção pelo *Treponema pallidum* para todas as mulheres no pré-natal na primeira consulta, no início do 3º trimestre e no momento do parto.

Em muitas regiões do país, mais de 95% das grávidas freqüentam o serviço de pré-natal, e cerca de 91,5% têm seus bebês na maternidade, no entanto, a morbidade e mortalidade materna e perinatal permanecem altas, refletindo deficiências importantes no atendimento.

A íntima relação entre prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita com a assistência pré-natal e ao parto, impõe que ações conjuntas sejam implementadas pelos programas de DST/AIDS; Saúde da Mulher e da Criança; Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Programas de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família nos níveis federal, estadual e municipal. Apenas desta forma, poderemos desenhar estratégias e executar ações efetivas para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, que alcancem a capilaridade e a sustentabilidade necessárias para atingir cerca de 3 milhões de mulheres que, a cada ano, dão à luz no Brasil. Este esforço certamente resultará não apenas na redução dos casos de aids em crianças e sífilis congênita mas também em um ganho global para uma melhor assistência à saúde da mulher no Brasil.

Diante desta situação, a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis é considerada uma das prioridades do Ministério da Saúde, que através da CN-DST/AIDS em parceria com outras Áreas Técnicas, faz as seguintes recomendações:

PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:

- * Oferecer o teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes nos serviços de pré-natal, devendo a testagem ser sempre voluntária e confidencial;
- * Oferecer o teste rápido anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as

parturientes não aconselhadas e testadas durante o pré-natal, ou sem pré-natal, devendo a testagem ser igualmente sempre voluntária e confidencial;

* Administrar nas gestantes HIV+ o AZT oral (a partir da 14ª sem.); o AZT IV nas parturientes, durante o trabalho de parto e parto até o clameamento do cordão umbilical; e o AZT solução oral por 6 semanas ao RN (segundo as diretrizes do *PACTG 076*);

* Avaliar a gestante em serviço de atendimento especializado (SAE) para: a) ajuste da terapia anti-retroviral (TARV) de acordo com os níveis de carga viral (CV) e CD4+ e b) seguimento periódico da mulher durante toda a gestação e no pós-parto;

* Orientar a gestante/puérpera: a) para não amamentar e b) para instituir a fórmula infantil, e outros alimentos, de acordo com a idade da criança, garantindo seu adequado crescimento e desenvolvimento;

• Orientar a mulher quanto ao seu seguimento em serviço especializado (SAE / Planejamento Familiar), e da criança em serviço de pediatria, especializado para o acompanhamento da crianças verticalmente expostas ao HIV.

PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA:

antes da GRAVIDEZ

Prevenção da sífilis na população feminina em geral:

- Uso regular de preservativos.
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.
- Realização de testes para sífilis em mulheres que manifestem intenção de engravidar.
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

DURANTE A GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE SÍFILIS MATERNA NO PRÉ-NATAL:

- Realizar o teste VDRL na primeira consulta, ocorrendo idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e outro no início do terceiro trimestre (30ª sem.) da gravidez;
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em gestantes e seus parceiros.

NA ADMISSÃO PARA PARTO OU CURETAGEM POR ABORTAMENTO

DIAGNÓSTICO MATERNO E DO RECÉM-NASCIDO: não evita o caso mas reduz a morbimortalidade pela doença.

Triagem para sífilis no local do parto: realizar o VDRL em toda mulher admitida para parto ou por abortamento.

- Manejo adequado do recém-nascido: realizar VDRL em amostra de sangue periférico de todos os RN de mães reagentes para sífilis, ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita
- Tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita e de sífilis materna (e parceiros).

CONCLUSÃO

Apesar da baixa cobertura de gestantes/parturientes aconselhadas e testadas para o HIV, essas recomendações, já adotadas em vários países, vêm contribuindo para uma diminuição significativa do número de casos de aids relacionados com a transmissão vertical, notificados ao Ministério da Saúde, como pode ser observado na Figura 1 (p.13) .

As gestantes/parturientes devem ser acompanhadas por equipe multiprofissional, visando cobrir as diferentes necessidades do ciclo gravídico-puerperal, inclusive as de origem social, familiar e emocional. É importante que o enfoque seja de forma holística, incluindo o aspecto humano e não só médico-científico.

Quadro 1.

Percentual de cobertura de parturientes que consumiram o AZT IV no momento do parto, por UF, durante o ano de 2001.

UF	% de cobertura	Nº de parturientes HIV+ tratadas com AZT IV(1) / Estimativa do nº de gestantes infectadas pelo HIV para o ano 2001(2).
Região Sul		
RS	56,5%	910 parturientes tratadas com AZT IV/ 1.609 gestantes HIV+ estimadas.
PR	31,4%	323 parturientes tratadas com AZT IV/ 1.021 gestantes HIV+ estimadas
SC	30,0%	286 parturientes tratadas com AZT IV/ 952 gestantes HIV+ estimadas
Total	42,4%	1.519 parturientes tratadas com AZT IV/ 3.582 gestantes HIV+ estimadas
Região Sudeste		
SP	59,5%	2.863 parturientes tratadas com AZT IV/ 4.809 gestantes HIV+ estimadas
RJ	45,7%	667 parturientes tratadas com AZT IV/ 1.458 gestantes HIV+ estimadas
ES	24,9%	100 parturientes tratadas com AZT IV/ 401 gestantes HIV+ estimadas
MG	21,3%	293 parturientes tratadas com AZT IV/ 1.377 gestantes HIV+ estimadas
Total	48,8 %	3.923 parturientes tratadas com AZT IV/ 8.045 gestantes HIV+ estimadas
Região Centro-Oeste		
DF	26,3%	48 parturientes tratadas com AZT IV/182 gestantes HIV+ estimadas
MT	20,0%	41 parturientes tratadas com AZT IV/205 gestantes HIV+ estimadas
MS	16,0%	41 parturientes tratadas com AZT IV/256gestantes HIV+ estimadas
GO	14,5%	54 parturientes tratadas com AZT IV/371 gestantes HIV+ estimadas
Total	18,1%	184 parturientes tratadas com AZT IV/ 1.014 gestantes HIV+ estimadas
Região Norte		
RR	41,7%	10 parturientes tratadas com AZT IV/24 gestantes HIV+ estimadas
RO	20,0%	11 parturientes tratadas com AZT IV/55 gestantes HIV+ estimadas
TO	14,1%	15 parturientes tratadas com AZT IV/106 gestantes HIV+ estimadas
AM	10,9%	30 parturientes tratadas com AZT IV/274gestantes HIV+ estimadas
PA	5,5%	32 parturientes tratadas com AZT IV/579 gestantes HIV+ estimadas
AC	4,0%	1 parturientes tratadas com AZT IV/29 gestantes HIV+ estimadas
AP	3,8%	1 parturientes tratadas com AZT IV/26 gestantes HIV+ estimadas
Total	9,1%	100 parturientes tratadas com AZT IV/ 1.093 gestantes HIV+ estimadas
Região Nordeste		
BA	11,6%	109 parturientes tratadas com AZT IV/936 gestantes HIV+ estimadas

PB	10,1%	28 parturientes tratadas com AZT IV/278 gestantes HIV+ estimadas
CE	9,9%	48 parturientes tratadas com AZT IV/482 gestantes HIV+ estimadas
RN(3)	13,3%	14 parturientes tratadas com AZT IV/105 gestantes HIV+ estimadas
SE	3,0%	4 parturientes tratadas com AZT IV/133 gestantes HIV+ estimadas
MA	2,8%	14 parturientes tratadas com AZT IV/504 gestantes HIV+ estimadas
PI	2,5%	5 parturientes tratadas com AZT IV/202 gestantes HIV+ estimadas
PE	2,9%	18 parturientes tratadas com AZT IV/622 gestantes HIV+ estimadas
AL	0%	0 parturientes tratadas com AZT IV/202 gestantes HIV+ estimadas
Total	6,9%	240 parturientes tratadas com AZT IV/ 3.464 gestantes HIV+ estimadas

Brasil

Total	34,7%	5.966 parturientes tratadas com AZT IV / 17.198 gestantes HIV+ estimadas.
-------	-------	---

(1) Estimativas feitas a partir dos Estudos Sentinela em maternidades.

Fonte: CN-DST/AIDS (atualização de 09/01/02, a partir dos Boletins Mensais enviados pelas UF, sendo portanto informações sujeitas a correções).

Tabela 1.

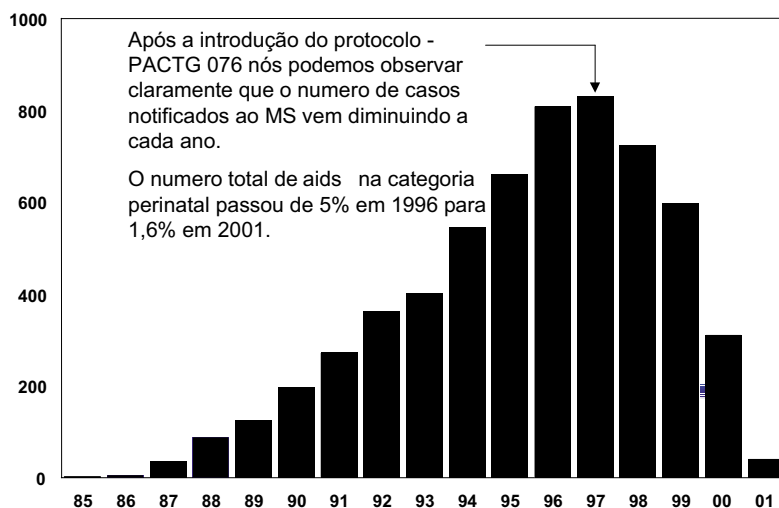
Prevalência de infecção pelo HIV em parturientes evidenciada em estudos transversais.
Brasil, Março 1997 a Outubro 2000.

Estudo Transversal	Nº de Sítios	Total	Resultados Positivos	Prevalência
Março, 97	32	6091	71	1,2 %
Outubro, 97	55	10234	89	0,8 %
Março, 98	55	10656	58	0,5 %
Outubro, 98	51	10016	61	0,6 %
Março, 99	62	12080	90	0,7 %
Outubro, 99	58	11346	91	0,8 %
Outubro, 00	140	16477	100	0,6 %

Fonte: CN - DST/AIDS/SPS/MS.

Figura 1.

Casos de AIDS notificados na categoria perinatal por ano de diagnóstico. Brasil, 1985 a 2001*.



* Casos, notificados até 30 de junho de 2001.
Fonte: CN-DST/AIDS/SPS/MS.

Maria Aparecida vai ganhar neném!!!

Estudo de caso

Parte I

Maria Aparecida Silva, é de cor branca, tem 19 anos, casada, mora no município de Lua Azul, e trabalha como costureira em uma malharia conhecida no centro da cidade. Estudou até a 1ª série do ensino fundamental. Em maio de 2000, observou que a sua menstruação havia atrasado. Não fez pré-natal, por dificuldade de acesso à Unidade de Saúde, no local onde reside.

Na gestação anterior, em 1999, também não fez pré-natal e teve parto vaginal sem intercorrências.

No dia 31/01/2001, ao meio dia, chegou à Maternidade de Modelo, do município de Céu Claro, 1 hora após a rotura das membranas amnióticas, apresentando sangramento leve e forte dor na cabeça.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA / ACOLHIMENTO DA PARTURIENTE 1

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

A gravidez e o parto são experiências especiais para a mulher e seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade. Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, acolher e ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade.

Segundo o AURÉLIO, “Acolher:

1. dar acolhida a; dar agasalho a;
2. dar crédito a; dar ouvidos a;
3. admitir, aceitar, receber;
4. tomar em consideração.”

Em texto recente, Seidl, E.M.F e Noura, M. enfatizam: “...Acolher significa apreender, compreender e atender as demandas do usuário, dispensando-lhe a devida atenção, com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolutividade”. Assim, acolher é um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede integrada de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades - percebidas ou não - da paciente. É importante ressaltar que as demandas em saúde não se limitam às questões de ordem médica. “*Demanda*” refere-se às necessidades, às dúvidas, às preocupações, às angústias, aos medos, manifestos ou latentes, vivenciados durante o atendimento. Assim, estamos nos referindo aos aspectos biopsicossociais que podem constituir-se em demanda, em qualquer momento do processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde.

O acolhimento se inicia no acesso do paciente ao serviço, decorrente de demanda espontânea, por referência de outra unidade da rede de saúde ou de entidade da comunidade... O que queremos enfatizar é a importância da adoção de uma postura de acolhimento pela equipe, visando atender ao que a paciente necessita para manutenção e/ou recuperação de sua saúde.”

Ainda citando Seidl e Noura, “... o acolhimento teria como objetivos, entre outros:

- conhecer a paciente e suas demandas,

¹ Texto elaborado com a colaboração da Professora Doutora Eliane Maria Fleury Seidl / Instituto de Psicologia / Universidade de Brasília, colaboradora do Projeto Nascer.

- estabelecer e fortalecer o vínculo e a confiança da usuária com relação à equipe e à unidade de saúde,
- propiciar subsídios à equipe através do conhecimento das demandas da paciente, para definição de decisões e procedimentos”.

Apesar de estar delimitado no tempo, conforme o fluxo de atendimento de cada unidade de saúde, é importante esclarecer que **o processo de acolhimento é construído ao longo das diversas etapas do atendimento, não se limitando a um ou outro momento, nem a este ou àquele profissional.**

Estudos têm mostrado que determinadas atitudes e comportamentos *dos profissionais de saúde, bem como de demais membros da equipe*, favorecem o processo de comunicação e a relação com a paciente e seus familiares:

- *postura isenta e ética*, não emitindo juízos de valor;
 - *confidencialidade e sigilo* quanto ao que lhe for revelado pela paciente, explicitando esta atitude no intuito de estabelecer sua confiança;
 - *respeito e valorização das diferenças*, de forma que a paciente sinta-se aceita e considerada como a pessoa que é, independentemente de suas crenças, atitudes, comportamentos e práticas;
 - *valorização da participação da paciente em seu processo de cuidado*, preservando sua autonomia, evitando atitudes paternalistas, superprotetoras ou condescendentes, favorecendo e estimulando sua participação, auto-cuidado e co-responsabilidade;
- Lembramos que algumas condutas são imprescindíveis para o estabelecimento do vínculo:
- *comportamento receptivo e calor humano* - demonstrados por expressões faciais e corporais que indiquem interesse e atenção: cumprimentar, dirigir-se à pessoa pelo nome, manter contato visual, demonstrar disponibilidade de tempo e vontade de atendê-la, etc.;
 - *escuta ativa* - interação com a paciente, na qual o profissional acolhe o seu discurso, estimulando-a com perguntas e/ou observações sem emissão de juízo de valor e evitando interrupções;
 - *linguagem clara e acessível, compatível com o nível educacional da paciente* - evitando-se jargões e expressões técnicas ou de difícil compreensão; termos científicos devem ser explicitados para linguagem simples de forma a melhorar o entendimento da paciente sobre sua própria situação e procedimentos que se seguirão;
 - *disponibilização de informações* - assumindo postura didática, lançando mão de materiais educativos que possam complementar a informação transmitida oralmente, deixando evidente para a paciente e seu acompanhante ou família o interesse e responsabilidade da equipe sob cujos cuidados ela se encontra.”

O que se propõe, para isso, é uma redefinição de normas de procedimento que qualifiquem as relações humanas que acontecem desde o momento da chegada da parturiente à maternidade até seu retorno para casa, com seu bebê sadio, esperamos! Quando nos referimos a “relações humanas” em primeiro lugar, é porque temos claro que, se não forem receptivas, certamente poderão comprometer as relações profissionais. Um exemplo, infelizmente cotidiano, no que se refere à assistência das pessoas com HIV, é a não adesão à terapia anti-retroviral.

Vinda ou não de um acompanhamento pré-natal, onde teve ou não toda a assistência proporcionada pelo conhecimento científico acumulado pela humanidade, nas áreas da ginecologia, da obstetrícia, e da neonatologia, entre outras, a chegada da parturiente à maternidade é, indiscutivelmente, um momento significativo. Essa relevância transcende as expectativas da própria mulher ou de seus familiares e deve ser um norteador de ações e atitudes da equipe a cujos cuidados ela e seu bebê estarão nos próximos dias.

A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial aquela de menor renda, pois esta tem carências marcadas daquilo que se chama de necessidades básicas, que interferem na sua saúde e seu bem-estar. É com essa abrangência conceitual que será possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua limitada aplicação, com uma visão humanística na promoção da saúde das pessoas.

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

Além das considerações acima referidas, o processo de acolhimento propicia avaliação adequada da condição de risco da gestante/parturiente/puérpera, e conseqüentemente, de seu recém-nascido, visto que toda gestação/parto traz em si mesma(o) risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número esse risco está muito aumentado e é então incluído entre as chamadas(os) gestações/partos de alto risco. Desta forma, pode-se conceituar gravidez/parto de alto risco “aquela(e) na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”.

O Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente pelas diferenças sócio-econômico-culturais, evidencia fatores de risco diversos para as várias regiões. Partindo-se desta constatação, parece ser de maior interesse listarem-se, os fatores de risco mais comuns na população em geral, que podem ser agrupados, em quatro grandes grupos, que são:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis;
2. História reprodutiva anterior à gestação atual;
3. Doenças obstétricas na gestação atual;
4. Intercorrências clínicas.

Podemos citar dentre os fatores de risco mais relevantes, a síndrome hipertensiva ou hemorrágica (para maiores informações ver anexos 6 e 7, p. ...) e, dentre as doenças infecciosas, agrupadas nas “intercorrências clínicas”, a infecção pelo HIV e sífilis, que serão objeto dessa capacitação.

Isto posto, e considerando-se que neste momento dispomos de um inestimável recurso que é a prevenção da transmissão vertical do HIV, com a possibilidade de poupar ao novo ser humano e à sua família sofrimento evitável, é que é solicitada às equipes de saúde maior atenção e dedicação às relações usuária/profissionais. Estas relações, qualificadas a cada momento do pré-natal e da estadia da mulher na maternidade, e a que chamamos de *acolhimento*, certamente otimizarão todos os procedimentos necessários e esperados.

Por outro lado, é bom que se lembre, um acolhimento adequado, humano, serve não só ao propósito maior dos serviços de saúde que é o bom atendimento de quem deles necessita, como também, à satisfação de quem neles labuta dia após dia.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES II

Atividades do participante	Atividades do facilitador
1. Retome a atividade 3 da seqüência de atividades I, fluxo de atendimento elaborado, e discuta a situação de aconselhamento para a realização do teste rápido. Elabore uma dramatização sobre a situação de aconselhamento da parturiente e realização do teste rápido, de, no máximo, 5 minutos.	1. Manter os subgrupos e orientar a atividade estimulando a discussão e elaboração da dramatização no tempo estipulado.
2. Apresente em plenária a dramatização.	2. Coordenar a plenária orientando as apresentações das dramatizações, seguidas de compartilhamento dos sentimentos e discussão das cenas, destacando os elementos do aconselhamento para o teste anti-HIV na maternidade: <ul style="list-style-type: none"> • sigilo e consentimento; • relação profissional-paciente; • formas de transmissão (vertical); • esclarecer os procedimentos de prevenção da transmissão vertical do HIV na maternidade e seus benefícios; • teste-rápido HIV (ressaltar que o diagnóstico não é definitivo) e VDRL.
3. Discuta a seguinte questão: “Como é realizado o aconselhamento à parturiente na maternidade que você atua? <ul style="list-style-type: none"> • Pré-teste rápido; • Pós-teste rápido; • Pós-parto” Elabore o conceito de aconselhamento da parturiente na maternidade. Anote as conclusões para apresentação em plenária.	3. Manter os subgrupos e orientar a discussão e elaboração do conceito de aconselhamento à parturiente na maternidade.

4. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.	4. Coordenar a plenária destacando o conceito de aconselhamento à parturiente.
5. Leia e discuta os textos: "Aconselhamento nas Maternidades", "Ética e Legislação em HIV/Aids", 'Triagem Diagnóstica da Gestante/Parturiente'.	5. Orientar a leitura e discussão dos textos nos subgrupos.
6. Retome a atividade 3 desta seqüência de atividades e discuta as seguintes questões: <ul style="list-style-type: none"> • quais os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para realizar o aconselhamento? • quais os aspectos éticos que devem ser considerados no aconselhamento à parturiente na maternidade? • Quais os aspectos legais que devem ser considerados para a realização do teste rápido? • quem são os profissionais responsáveis pelo aconselhamento à parturiente (quem faz o que)? • Quem são os profissionais responsáveis pela realização do teste rápido? Anote as conclusões para apresentação em plenária.	6. Manter os subgrupos e orientar a atividade destacando os elementos do aconselhamento à parturiente na maternidade.
7. Elabore uma proposta de reorganização do processo de trabalho para garantir o aconselhamento à parturiente e a realização do teste rápido na maternidade que você atua. Anote as conclusões para apresentação em plenária.	7. Manter os subgrupos e orientar a elaboração da proposta de reorganização do serviço para realização adequada do aconselhamento à parturiente e realização do teste rápido.
8. Apresente em plenária as conclusões das atividades 6 e 7.	8. Coordenar a plenária destacando os elementos do aconselhamento à parturiente na maternidade, testagem rápida, e a necessidade de reorganização do processo de trabalho para redução da TV do HIV e morbi-mortalidade por sífilis congênita.
9. Participe de avaliação da seqüência de atividades II.	9. Coordenar dinâmica de avaliação desta seqüência de atividades, ressaltando o conceito chave.

ACONSELHAMENTO NAS MATERNIDADES

O acesso às ações de aconselhamento é um direito de toda gestante/parturiente.

A abordagem do Aconselhamento consiste:

“em um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (Manual de Aconselhamento em Dst/Hiv/Ads, 2000, p.11).
(Manual de Aconselhamento em dst/hiv/aids, 2000, p.11).

Os modelos desenvolvidos pelos serviços de saúde, associados muitas vezes ao despreparo dos seus profissionais, apontam a carência de uma perspectiva de enfrentamento mais eficiente na abordagem das questões relativas à sexualidade, DST/HIV/Aids, saúde reprodutiva, e uso de drogas. Esta lacuna traz como consequência dificuldades de acolhimento às necessidades específicas da mulher na circunstância de pré-natal, parto e puerpério e de promoção da sua saúde integral.

Para compreender o caminho que as mulheres percorrem em direção à infecção pelo HIV e sífilis é necessário aproximar a escuta dos profissionais de saúde desses sujeitos, em suas especificidades biológicas, psico-sociais e culturais e suas circunstâncias de ser, viver e sentir.

Nesta perspectiva, deve-se considerar a realização do teste rápido anti-HIV, uma medida de caráter urgente que em última instância, revela que todas as oportunidades anteriores de intervenção junto a essa mulher foram perdidas ou desperdiçadas no período pré-natal, ou até mesmo no período anterior a gestação.

Em que pese suas limitações nesta circunstância, o aconselhamento consiste em um

instrumento importante que possibilita a reflexão e uma tomada de decisão conjunta acerca de **medidas urgentes e protetoras** (realização do teste rápido anti-HIV; da quimioprofilaxia da mãe e bebê com AZT; e instituição da fórmula infantil).

O aconselhamento não se esgota na simples oferta e consentimento para a testagem.

Se propõe a rever crenças, representações, condições de vulnerabilidade, aproximar ou reaproximar a mulher dos serviços de saúde promovendo a construção de alternativas individuais e coletivas de proteção e cuidado.

No contexto das maternidades, estas ações devem ser estruturadas enquanto um conjunto de intervenções da equipe, adequando-se às possibilidades reais de cada serviço, dispondo de profissionais capacitados, de tal forma a assegurar tais condutas antes e após o parto.

Cabe destacar que a mulher deve desempenhar o papel de protagonista nas diferentes etapas do seu atendimento na maternidade, sendo de fundamental importância assegurar seu envolvimento, participação e autonomia neste processo.

O INGRESSO DA MULHER NA MATERNIDADE

O ingresso da mulher na maternidade representa um momento estratégico para o resgate de informações acerca do período pré-natal. O bom acolhimento e a realização de uma triagem o mais atenta e completa possível permitirá uma melhor adequação das condutas a serem tomadas, dos conteúdos pertinentes em cada situação, nos diferentes momentos que a mulher vivenciará na maternidade.

Em todo o processo de aconselhamento a equipe deve estar atenta para:

- oferecer a cada momento do processo de parto e puerpério, informações precisas e pertinentes à paciente;
- avaliar as condições emocionais e a capacidade de entendimento da parturiente;
- avaliar o tempo hábil para realização do aconselhamento e das condutas;
- abordar a mulher com isenção de julgamentos;
- evitar atitudes coercitivas (não impor decisões);
- utilizar linguagem o mais simples e clara possíveis para garantir a compreensão das informações;
- garantir e informar a confidencialidade/sigilo das informações compartilhadas.

ACONSELHAMENTO NO PRÉ-PARTO

Este momento específico inclui conteúdos que podem variar dependendo da situação da paciente considerando se está no período expulsivo do trabalho de parto, ou não.

1-Parturientes com sorologias desconhecidas e/ou não comprovadas para o HIV e a sífilis:

- Dar informações básicas sobre HIV e sífilis, o que são, suas formas de transmissão;
- Informar sobre a importância dos testes para estes agravos e a razão de serem recomendados nessa situação, mesmo sabendo não ser este o melhor momento, mas enfatizando os benefícios quanto aos cuidados de saúde de ambos (mãe e criança);

- Informar a necessidade do consentimento verbal e esclarecido da parturiente para a realização do teste anti-HIV e medicação quimioprofilática para a prevenção da transmissão vertical do HIV.
 - Informar que resultados reagentes para o HIV e/ou sífilis poderão implicar na administração de medicamento na mãe e no bebê, visando, respectivamente, reduzir as chances da transmissão vertical do HIV, o tratamento da sífilis materna e a redução/prevenção da morbi-mortalidade por sífilis congênita;
 - Enfatizar que o resultado reagente do teste rápido anti-HIV necessita confirmação por outros testes (vide Portaria nº 59 do MS/SVS de 26 de janeiro de 2003);
 - Avaliar riscos tais como: janela imunológica, não uso de preservativos, uso de drogas injetáveis, parceiro sexual com uso de drogas injetáveis, parceiro portador de HIV/sífilis, presença de outras DST;
- Observação: No caso de ingresso da parturiente em período expulsivo, considerar a possibilidade de abordagem dos quatro primeiros pontos listados.*

2. Parturientes com sorologias prévias negativas para o HIV e a sífilis:

- Avaliar riscos para a infecção pelo HIV e sífilis no período transcorrido desde a última testagem, a fim de identificar a possibilidade de: janela imunológica, o não uso de preservativos, o uso de drogas injetáveis, parceria sexual com uso de drogas injetáveis, parceiro portador de HIV/sífilis, presença de outras DST;
- Discutir com a parturiente a possibilidade de retestagem, neste momento, caso sejam identificados os riscos discutidos acima, informando os benefícios das medidas de proteção para a mãe e o bebê, durante e após o parto, se este se mostrar reagente;
- Identificados riscos para infecção pelo HIV e sífilis, seguir as orientações do item 1.

3. Parturientes com sorologia comprovada para o HIV e/ou sífilis:

- Rever e esclarecer informações e orientações recebidas durante o pré-natal diante das condutas a serem realizadas durante e após o parto;
- Enfatizar que, ao longo da sua permanência na maternidade, poderá contar com o apoio de outros profissionais para orientações e os encaminhamentos necessários conforme suas demandas;
- Instituir os procedimentos para redução de transmissão vertical do HIV, encaminhando a parturiente adequadamente durante a realização dos mesmos.
- Testar para sífilis todas as parturientes, independentemente do diagnóstico prévio de sífilis no pré-natal. Avaliar se o tratamento aplicado à gestante, no pré-natal, foi adequado ou não, e até mesmo se não foi administrado. No pós-parto, proceder a investigação do RN e refazer o tratamento materno, quando necessário.

ACONSELHAMENTO NA ENTREGA DOS RESULTADOS

- DIANTE DO RESULTADO NÃO REAGENTE PARA O HIV E/OU SÍFILIS

- Informar prontamente os resultados;
- Reforçar a importância da decisão de ter realizado o(s) teste(s);

- Se a mulher se enquadrar em um dos critérios de vulnerabilidade (usuária ou parceira de usuários de drogas injetáveis; portadora de alguma DST nos últimos 3 meses e em prática de sexo inseguro), reforçar a importância da necessidade de realização dos testes convencionais para o diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Reforçar as medidas de prevenção para as DST e HIV/Aids.

- DIANTE DO RESULTADO REAGENTE PARA O HIV E/OU SÍFILIS:

- Informar prontamente os resultados;
 - Oferecer apoio emocional e solidariedade considerando os possíveis impactos destes resultados;
 - Reforçar a importância da decisão de ter realizado o(s) teste(s);
 - Enfatizar que, mesmo dispondo de pouco tempo, as condutas preventivas serão realizadas, para a proteção do RN: uso do AZT (IV, solução oral) e outros procedimentos necessários (escolha da via de parto e instituição da fórmula infantil);
 - Informar da necessidade de confirmação desse resultado, posteriormente, através dos testes convencionais;
- Mostrar-se disponível para responder as dúvidas e questionamentos da mulher, que surgirem neste momento e durante todo o período de permanência na maternidade, respeitando as diferentes necessidades de cada uma. As dúvidas e questionamentos poderão ser:
- ☞ quanto ao uso do AZT intravenoso no parto e AZT solução oral (xarope) para o bebê;
 - ☞ quanto a inibição da lactação (medicando-a ou não);
 - ☞ quanto ao preparo e administração adequados da fórmula infantil;
 - ☞ quanto as condições de sua saúde e do bebê;
 - ☞ quanto a necessidade de acompanhamentos e encaminhamentos após o parto para serviços de assistência especializada (SAE), para ela e sua criança;
 - ☞ quanto ao planejamento familiar;
 - ☞ quanto a aspectos de sigilo;
 - ☞ quanto as questões familiares e relativas a sua comunidade (quanto a pressão para o aleitamento materno e outras);
- e desta maneira, subsidiando a mulher com argumentos factíveis para solução de seus problemas.

- DIANTE DO RESULTADO FRACO REAGENTE

Todo e qualquer resultado do teste deve ser interpretado de acordo com as instruções do fabricante contidas na bula do kit.

Permanecendo a dúvida quanto ao resultado reagente, e enquadrando-se a mulher em um dos critérios de vulnerabilidade já especificados no item anterior (avaliação de risco para o HIV), reavaliar com a parturiente a possibilidade de infecção e diante dessa possibilidade, compartilhar a decisão da realização de quimioprofilaxia com o AZT (mãe e filho), mediante seu consentimento livre e esclarecido.

A decisão de inibição da lactação de forma definitiva (utilização do hexahidrobenzoato de estradiol, 2 ampolas de 5 mg (1 ml)), deverá a semelhança do comentário anterior, ser compartilhada com a mulher, após avaliação criteriosa dos riscos-benefícios, e mediante seu consentimento livre e esclarecido.

PARA SÍFILIS:

- Repetir as condutas referidas nos três primeiros itens;
- Enfatizar que, com o tratamento que será instituído, haverá a cura de sua doença e de seu bebê;
- Reforçar que o tratamento deverá ser completo, sem interrupções;
- Buscar sempre o parceiro para que seja testado e instituído o tratamento simultaneamente ao da mulher.

IMPORTANTE

- Durante a sua permanência na maternidade, é desejável que outros profissionais da equipe possam se somar às ações de aconselhamento garantindo a continuidade do atendimento a puérpera.
 - A equipe deve garantir oportunidades de aconselhamento também àquelas mulheres que não realizaram os testes anti-HIV e para sífilis antes do parto, devido à falta de tempo ou a recusa no pré-parto.
-

ACONSELHAMENTO NO PÓS-PARTO ATÉ A ALTA DA MATERNIDADE

PUÉRPERAS COM RESULTADO NÃO REAGENTE PARA O HIV E/OU SÍFILIS:

- Abordar aspectos de prevenção frente ao HIV, a sífilis e outras DST, com vistas à manutenção destes resultados;
- Enfatizar a importância da continuidade dos cuidados em relação à sua saúde e de seu bebê.

PUÉRPERAS COM RESULTADO REAGENTE PARA O HIV E/OU SÍFILIS:

- Conversar a respeito dos significados e percepções da mulher a respeito do resultado reagente;
- Rever os sentimentos da mulher em relação a ela e ao bebê;
- Retomar a necessidade de esclarecer pontos que ainda possam não estar suficientemente claros, tais como a necessidade da confirmação da testagem anti-HIV, enfatizando que até a obtenção do resultado definitivo, as medidas de proteção (uso do AZT xarope e alimentação do recém-nascido com fórmula infantil) devem ser mantidas;
- Conversar sobre as questões que envolvem os cuidados dispensados ao bebê procurando destacar a importância de seu vínculo com o mesmo, possibilitando a ele adequado crescimento e desenvolvimento emocional, e sua participação enquanto cuidadora;
- Trabalhar as questões que envolvem a alimentação do bebê com a fórmula infantil (consultar o “Guia Prático de Preparo de Alimentos para os bebês verticalmente expostos ao HIV”, MS, 2002), enfatizando os riscos de transmissão do HIV através da amamentação e os direitos da criança de não ser amamentada ao seio;
- Discutir se deseja compartilhar seu resultado com alguém, auxiliando-a nesta decisão;
- Orientar quanto à necessidade de compartilhar este resultado com seu parceiro, já que isto implica no encaminhamento adequado deste para testagem, bem como sua participação no que se refere a prática do sexo seguro e aos cuidados com o bebê;
- Informar sobre sexo seguro e orientar a respeito do uso de preservativos (masculino ou feminino);
- Informar e orientar sobre a necessidade do uso individual de agulhas e seringas estéreis, no caso de usuárias de drogas injetáveis;
- Valorizar a importância de uma boa adesão quanto a quimioprofilaxia com AZT no bebê;
- Agendar no momento da alta, as consultas da mulher e seu bebê, para a rede de assistência especializada;
- Valorizar a importância de uma boa adesão ao tratamento anti-retroviral, a partir de seu entendimento, no que se refere ao controle de sua infecção;

- Enfatizar que, com o tratamento que será instituído para sífilis, haverá a cura de sua doença e de seu bebê;
- Reforçar que o tratamento para sífilis deverá ser completo, sem interrupções;
- Buscar sempre o parceiro para que seja testado para sífilis e instituído seu tratamento simultaneamente ao da mulher.

ATENÇÃO AS SITUAÇÕES ESPECIAIS

- A EQUIPE DEVE ESTAR ATENTA PARA TRABALHAR AS DECISÕES QUIMIOPROFILÁTICAS E PARA DAR SUPORTE EMOCIONAL FRENTE AO RESULTADO REAGENTE DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV, AUXILIANDO A MULHER NO ENTENDIMENTO DOS MESMOS.

OBS: caso o resultado final (confirmatório) não possa ser fornecido até a alta da maternidade, reforçar a importância do mesmo, procurando trabalhar sentimentos frente ao período de espera, mostrando-se disponível e solidário a todo este processo.

ÉTICA E LEGISLAÇÃO EM HIV/AIDS

Considerações éticas:

As ações de testagem anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste, no contexto das maternidades, dentro do espírito de resgate das *oportunidades perdidas*, devem ser interpretadas como substancialmente capazes de:

- reduzir a transmissão vertical do HIV;
- oferecer às mulheres a chance de tratamento de sua infecção;
- possibilitar o entendimento do significado dos resultados da testagem anti-HIV nessas condições; e de
- preservar a relação de confiança entre a parturiente e a equipe de trabalho.

Este procedimento na maternidade, deve conservar o pacífico equilíbrio holístico entre mulher e feto, dentro de um processo que só pretenda oferecer, na mesma medida, sem qualquer conflito de interesse, o melhor para ambos.

Adiante, estão relatados alguns pareceres do Conselho Federal de Medicina (CFM), referentes ao assunto.

Gestação e HIV/AIDS:

No parecer do CFM, aprovado em 14/02/1992, os doutores Guido Carlos Levi e Gabriel Wolf Oselka, colocam:

“A alta possibilidade de transmissão para o filho (cerca de 30%), e nesse caso a certeza de uma vida relativamente curta e cheia de sofrimentos, deveria ser, aparentemente, um desestímulo poderoso ao desejo de engravidar de qualquer mulher infectada pelo HIV. No entanto, isto pode não ocorrer, ou por ignorância dos riscos e conseqüências, ou por desinteresse quanto a estes ou por crenças religiosas ou filosóficas”. O parecer considerou que nessas circunstâncias o papel do médico deve ser informativo, fornecendo à mulher infectada todos os dados atualmente disponíveis relativos ao assunto. Não pode, no entanto, impedi-la de ter um filho, se essa for sua decisão, nem poderá negar (e isto vale também para instituições de assistência médica) assistência futura a essa mulher (com a exceção já analisada no parecer quanto a recusa de pacientes, de situações em clínica particular em que o médico não está obrigado ao atendimento).

A legislação em vigor só permite interrupção da gravidez causado por estupro ou caso seja comprovado risco de vida para a mãe. Em relação à infecção pelo HIV, inexistência, apesar de algumas opiniões em contrário, de uma nítida influência negativa, tanto para o desenvolvimento da gestação quanto para um possível agravamento da doença materna em decorrência desta. Assim, o parecer concluiu pela inexistência, na atualidade, de substrato para interrupção de gravidez somente pelo fato de a mãe ser HIV positivo, a não ser

que condições peculiares ao caso permitam concluir por risco para a vida da gestante pela continuação da gestação. Da mesma maneira, por ser proibida pela legislação atual, inexistente base legal para a esterilização, mesmo que voluntária, de mulher ou homem HIV positivo.

Quanto à sorologia no pré-nupcial ou pré-natal, são evidentes hoje os benefícios de um diagnóstico precoce de infecção pelo HIV. No pré-nupcial, resultado negativo permitirá orientação quanto aos comportamentos de risco a serem evitados para prevenir a infecção, e, quando positivo, permitirá informações quanto ao risco de futura gestação. Já resultado no pré-natal permitirá identificar candidatas aos benefícios terapêuticos tornados disponíveis nos últimos anos e a instituição de medidas que reduzam o risco de transmissão para a criança. Da mesma maneira, permitirá maior atenção para diagnóstico precoce de transmissão vertical e eventual instituição de terapêutica anti-retroviral para a criança. Permitirá ainda, orientação adequada quanto aos cuidados pós-natais (não amamentação e instituição da fórmula infantil) eliminando o risco de transmissão por esse vírus para o recém-nascido não infectado. No entanto, o parecer recordou a necessidade de obter autorização, mesmo que verbal, específica para a realização desta prova, bem como de garantia de sigilo quanto ao resultado e de aconselhamento quando do fornecimento deste. Além disso, a recusa por parte da mulher não deve trazer prejuízos para ela, nem deve ela ser ameaçada nesse sentido.”

É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a recusa da mulher em realizar o exame. O prontuário é o instrumento utilizado pelo CRM para fiscalizar se o médico está agindo corretamente.

“Igualmente, quando houver indicação clínica ou suspeita epidemiológica que justifiquem a realização de exames diagnósticos no recém-nascido, devesse o médico prestar aos pais ou responsáveis pela criança as informações adequadas e obter autorização específica para efetuar-los. Em caso de recusa, devem ser explicadas as possíveis consequências e registrada no prontuário da criança a recusa referente ao exame.”

Informação ao cônjuge/responsável:

Trata-se de situação especial no terreno do sigilo profissional, em que se aceita a existência de direito e dever do médico de revelar, mesmo sem a concordância do paciente, a existência de infecção pelo HIV. Certamente incluímos nesse grupo tanto o cônjuge, como parceiros sexuais conhecidos, futuro cônjuge e membros de grupo de uso de drogas endovenosas. Essa ruptura do sigilo estaria amparada no dever de proteção à saúde de terceiros.

É preciso entender, no entanto, que essa revelação deve ser feita, em princípio, com a concordância e a colaboração da(o) paciente. A iniciativa do médico deve ser precedida de esforços para que a(o) própria(o) paciente informe ao cônjuge de sua condição. Sendo infrutíferos esses esforços, a comunicação deverá ser feita pelo médico. Essa atitude configura justa causa, prevista no artigo 102 do Código de Ética Médica (CFM no.14/88).

O médico, no entanto, deve agir com cautela. Alguns pacientes levam tempo para aceitar o diagnóstico e suas conseqüências. Alguns dias para pensar podem ajudar o paciente a se estruturar, entender a necessidade de informar ao cônjuge e se preparar para as conseqüências dessa informação. Junto com a informação de soropositividade para o HIV, podem surgir aspectos íntimos da vida de um dos cônjuges, ainda não conhecidos pelo companheiro, incluindo-se aí a bissexualidade, o adultério, ou o uso de drogas.

Interrupção da gestação:

A legislação brasileira só permite a interrupção da gestação nos casos de estupro ou de risco iminente de vida da mãe. Possibilidade de doença do feto não é considerada como justificativa legal para o abortamento. E, no caso da infecção pelo HIV, mesmo sem intervenção profilática (uso do AZT e instituição da fórmula infantil), 74,5% nascerão livres do HIV (resultado do Protocolo 076).

Por outro lado, os dados disponíveis na literatura não evidenciam, até o momento, qualquer influência negativa da gravidez sobre a evolução da infecção pelo HIV. Assim, a menos que novas informações venham a demonstrar efeito deletério da gravidez nas pacientes HIV-positivas, não existe amparo legal para a sua interrupção.

Esterilização:

O Código de Ética Médica (artigos 42 e 43) transfere o problema da esterilização à legislação específica. No Brasil, a esterilização poderia configurar crime, conforme o previsto no art. 129, III do Código Penal.

“art. 129: Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

§ 2.º—se resulta:

III: Perda ou inutilização de membro, sentido ou função:

Pena: Reclusão de 2 (dois) a 8 (oito) anos.”

A esterilização seria considerada ofensa à integridade corporal, com perda de uma função (procriadora) .

Alguns juristas têm, no entanto, procurado dar uma nova interpretação a esse artigo. A esterilização permanente estaria tipificada como crime, quando praticada com dolo, desconhecimento ou não concordância da(o) paciente, ou ainda por acidente culposo durante atos cirúrgicos (imperícia, negligência ou imprudência). Não haveria crime quando a(o) paciente, voluntária e conscientemente, optasse por essa forma de planejamento familiar (ver legislação de planejamento familiar Lei Federal n.º 9263/96). A esterilização voluntária tem sido o caminho escolhido por grande parte da população para controlar a prole. Um tipo de esterilização deve, no entanto, receber nossa repulsa: a esterilização compulsória, proposta como controle de natalidade ou como controle da transmissão vertical do HIV.

Crianças e Adolescentes:

Uma questão ética da maior relevância e complexidade está ligada ao sigilo profissional do médico, ao identificar menor com sorologia positiva para o HIV.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990), em seu Capítulo 11, diz expressamente que as crianças “têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. Esses direitos incluem o de opinião, da preservação da imagem, e da autonomia dos valores e pensamento.

O artigo 103 do Código de Ética Médica, salvo em caso de dano para a(o) paciente veda ao médico revelar, mesmo aos pais ou responsáveis, segredo profissional relativo a menor de idade, desde que ela(e) próprio tenha capacidade de avaliar e de solucionar o seu problema.

Se a questão é pacífica em relação a crianças menores, complica-se com adolescentes, especialmente com os maiores de 15 anos, justamente a faixa de maior risco para infectar-se com o HIV, seja pela iniciação da atividade sexual, seja por uso de drogas endovenosas.

É também uma época marcada por conflitos existenciais, com profundos questionamentos sobre a estrutura social e em especial, a organização familiar e o pátrio poder.

A infecção pelo HIV tem nuances próprias, não somente pelo risco de transmissão a terceiros, mas também por propiciar o aparecimento de doença grave, progressiva e fatal. Os custos envolvidos no acompanhamento médico, os exames complementares dispendiosos e freqüentes, e o uso de medicamentos caros, com, inúmeros efeitos secundários, diferem-na de outros eventuais agravos auto-limitados.

Visto por essa ótica, deve o médico revelar aos pais ou aos responsáveis legais os casos de infecção pelo HIV em menores, sempre que os mesmos não tenham condições para avaliar seu problema ou meios próprios para seu tratamento. Essa regra certamente atinge a imensa maioria das situações.

Uma situação relacionada com a anterior é a comunicação pelo médico às autoridades administrativas das unidades assistenciais que cuidam de menores, infratores ou não. Nesses casos, não há benefícios com a revelação dos nomes dos menores. A política para prevenir o contágio de infecção por HIV na instituição deve ser feita dentro de regras de precauções universais. Revelar os nomes, nesses casos, é permitir medidas discriminatórias, com possíveis graves danos morais aos menores soro-positivos para o HIV. “Às autoridades administrativas cabe, tão somente, apoiar as decisões da equipe médica, no âmbito da instituição.” (Parecer CFM no.04/91)

A TRIAGEM DIAGNÓSTICA DA PARTURIENTE

Se a gestante não freqüentou o pré-natal, não fez as consultas regularmente e não fez o teste anti-HIV, o trabalho de parto é uma situação em que o teste rápido para pesquisar o HIV pode ser empregado, tendo-se em vista a indicação da quimioprofilaxia com AZT na mãe e no recém-nascido, em tempo hábil que permita as devidas intervenções para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

O teste rápido permite, também, a investigação do *status* sorológico materno logo após um parto expulsivo, antes que o aleitamento seja iniciado, interrompendo a transmissão adicional do HIV pelo leite materno.

É importante destacar que o índice geral de aceitação do teste anti-HIV é alto e varia de 85 a 98%, desde que o aconselhamento pré-teste tenha sido adequado (Webber et al, 2001; Nogueira et al, 2001).

Caso a testagem anti-HIV não tenham sido realizadas no pré-natal, esta deve ser feita tão logo a parturiente se apresente à maternidade, a fim de ser estabelecido o seu *status* sorológico para o HIV e/ou sífilis e a instituição das medidas preventivas e do tratamento quando indicados.

LEMBRAR que a pesquisa sistemática para a sífilis (VDRL) está recomendada **no momento da internação hospitalar, tanto para o parto quanto para abortamento.**



OS TESTES RÁPIDOS ANTI-HIV

São testes de execução rápida, para a detecção de anticorpos anti-HIV, sendo considerados exames de rastreamento (triagem), fornecendo o resultado em até 30 minutos, enquanto que a disponibilidade do resultado dos testes convencionais pode demorar de dias até semanas.

São produzidos por vários fabricantes, contendo antígenos virais fixados a um suporte sólido (membranas de celulose, nylon, látex ou cartelas plásticas) permitindo a detecção de anticorpos anti - HIV 1 e 2.

A especificidade e a sensibilidade dos testes dependem do seu tipo (está expressa nas descrições do fabricante) e geralmente situam-se ao redor de 99,8% e 100%, respectivamente, sendo comparáveis aos testes de ELISA de terceira geração disponíveis no momento.

A conservação e armazenamento da maior parte dos “kits” podem ser feitas em temperaturas de 2 a 30° C, exceto se o fabricante apontar condições diferentes para tal.

1. VANTAGENS

- Permitem a intervenção precoce para reduzir a transmissão vertical do HIV;
- Tornam possível treinamentos rápidos para sua execução em maternidades, em virtude do seu uso simplificado;
- Não necessitam de equipamentos especiais para sua realização;
- Apresentam resultados de fácil interpretação;
- Possibilitam o emprego de diferentes materiais biológicos: soro, plasma ou sangue total;
- São de fácil armazenamento (2 a 30° C);
- Podem ser executados isoladamente;
- Permitem coleta de sangue venoso ou de polpa digital;
- Alguns tipos de testes possuem o controle de qualidade no próprio teste
- Têm um valor preditivo negativo alto, mesmo em um simples teste.

2. LIMITAÇÕES

- Não fornecem certeza absoluta do diagnóstico, como alguns outros testes, pois a amostra pode conter títulos muito baixos de anticorpos para o HIV1 e/ou HIV2, como ocorre nos períodos de “janela imunológica” (o tempo médio da infecção para a detecção dos anticorpos é de aproximadamente 25 dias). Portanto, um resultado não reagente não significa que uma pessoa não está infectada (Rapid HIV tests, 2002).
- Tendem a ter custos maiores que os testes convencionais;
- Não permitem registros impressos, devendo seu resultado ser anotado em prontuário;
- Resultados reagentes não caracterizam um diagnóstico definitivo;
- Seus resultados devem também ser interpretados com base na história e exame clínico geral da pessoa testada, antes do diagnóstico final ser divulgado.

É IMPORTANTE SALIENTAR que, em populações de baixa prevalência para a infecção pelo HIV (como as gestantes em nosso meio), existem maiores possibilidades de exames falso-positivos.

3. INDICAÇÕES DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NA MATERNIDADE

Quando houver situações emergenciais que exijam a investigação diagnóstica para o HIV, visando o emprego de anti-retrovirais profiláticos, como :

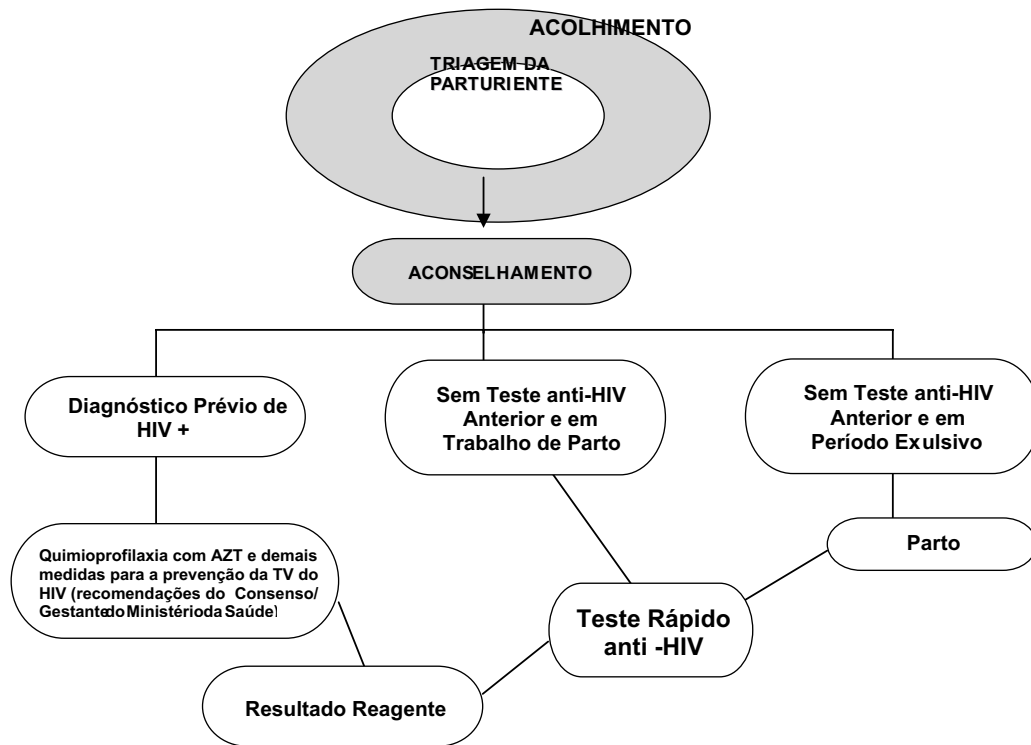
- *gestantes no final da gravidez, internadas para tratamento de patologias clínicas e/ou obstétricas;*
- *parturientes;*
- *pacientes no puerpério imediato;*
- *exposição ocupacional com risco de transmissão do HIV, no paciente fonte.*

IMPORTANTE

O teste rápido anti- HIV durante o trabalho de parto é somente uma avaliação para triagem, cujo resultado não pode ser considerado definitivo, necessitando ser confirmado por outros métodos (testes convencionais).

No entanto, são imprescindíveis para decidir a instituição da quimioprofilaxia com AZT e outras medidas que visam a redução da Transmissão Vertical do HIV.

FLUXOGRAMA NA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NA MATERNIDADE



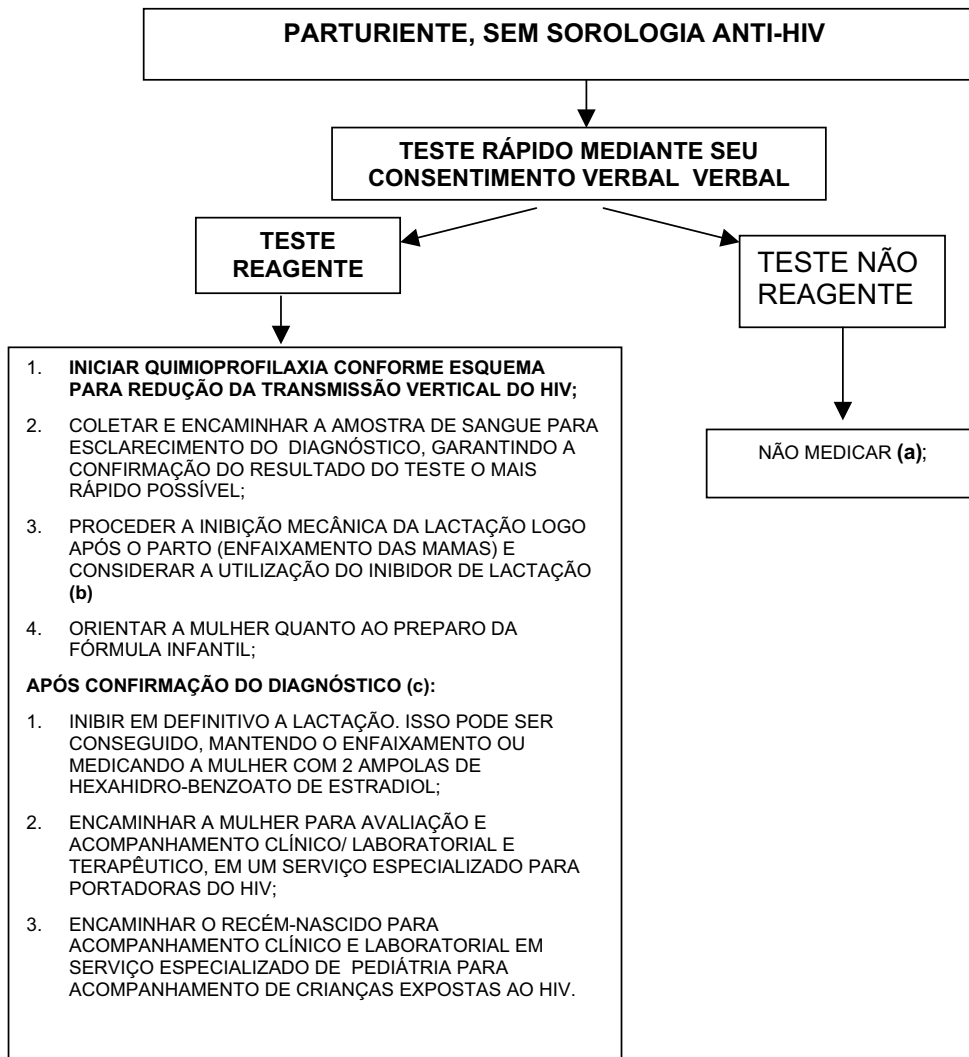
4. EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV²

A execução dos testes rápidos anti-HIV varia de acordo com sua origem, devendo-se respeitar as orientações do fabricante para a sua realização de forma adequada. Assim, a técnica de execução e interpretação ficarão na dependência do tipo de teste disponível naquele dado momento.

Todo e qualquer resultado do teste deve ser interpretado de acordo com as instruções do fabricante contidas na bula do kit.

² Observar no recurso visual a execução do teste rápido anti-HIV utilizado em sua maternidade

FLUXOGRAMA PARA USO DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV, EM PARTURIENTES.



- (a) INVESTIGAR A CONDIÇÃO CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA E SE NECESSÁRIO, ENCAMINHAR A MULHER PARA ESCLARECIMENTO DO DIAGNÓSTICO
- (b) MEDIANTE SEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E QUANDO AS EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS APONTAM PARA A CHANCE REMOXA DE VIR A SER ESSE UM RESULTADO FALSO POSITIVO.
- (c) APÓS CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV NOTIFICAR A MULHER E A CRIANÇA NA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE GESTANTES / PARTURIENTES HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS.

OBSERVAÇÃO: *Se o teste for realizado apenas imediatamente após o parto e seu resultado for reagente, administrar AZT xarope para o RN, o mais rápido possível (preferencialmente nas primeiras duas horas após o nascimento), orientar quanto ao risco de transmissão do HIV pelo aleitamento materno e contra-indicar a amamentação.*

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES III

Atividades do participante	Atividades do facilitador
<p>1. Leia a parte 2 do caso “ Maria Aparecida vai ganhar neném”.</p> <ul style="list-style-type: none">• Retome a atividade 3 da seqüência de atividade I, fluxo de atendimento elaborado, e discuta a situação de manejo clínico da parturiente.• Analise como foi pensado o manejo clínico da parturiente HIV e VDRL positivos e as ações de biossegurança e de vigilância epidemiológica. Discuta como estes procedimentos são realizados na maternidade que você atua.• Anote as conclusões para apresentação em plenária.	<p>1. Orientar a atividade, garantindo que os subgrupos analisem o fluxo de atendimento elaborado em relação ao manejo clínico da parturiente HIV e VDRL positivos.</p>
<p>2. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.</p>	<p>2. Coordenar a plenária considerando os seguintes aspectos do manejo clínico:</p> <ul style="list-style-type: none">• indicação da via de parto;• esquema ARV profilático• esquema terapêutico para sífilis materna• procedimentos invasivos.• Normas de biossegurança• notificação compulsória do caso (portaria 1.943 de 18 de outubro de 2001)• aconselhamento pós teste rápido anti-HIV
<p>3. Leia e discuta os textos: “Conduas após o resultado do teste rápido anti-HIV na maternidade”, “Assistência ao recém nascido exposto ao HIV nas maternidades” e “Biossegurança”. Anote as dúvidas para apresentação em plenária.</p>	<p>3. Manter os subgrupos e orientar a leitura e discussão do texto.</p>
<p>4. Elabore uma proposta de reorganização do processo de trabalho para o manejo clínico de parturientes HIV e VDRL positivos e seus recém nascidos, para a maternidade que você atua. Anote as conclusões para apresentação em plenária.</p>	<p>4. Manter os subgrupos e orientar a atividade.</p>
<p>5. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior e as dúvidas relativas ao texto. Participe da aula sobre manejo clínico.</p>	<p>5. Coordenar a plenária e esclarecer as dúvidas sobre o texto. Realizar aula sobre manejo clínico enfocando as dúvidas e questões apresentadas.</p>
<p>6. Participe de avaliação da seqüência de atividades III.</p>	<p>6. Coordenar dinâmica de avaliação desta seqüência de atividades, ressaltando o conceito chave.</p>

Maria Aparecida vai ganhar neném!!!!

Estudo de caso

Parte II

Foram realizados o teste rápido anti- HIV e coleta de sangue para o VDRL. O resultado do teste rápido anti HIV foi reagente e o resultado posterior do VDRL foi positivo, na titulação de 1:2.

CONDUTAS APÓS O RESULTADO DO TESTE RÁPIDO NA MATERNIDADE

1. PROGRAMAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA COM AZT

O esquema de infusão de AZT para a parturiente obedece as Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes do Ministério da Saúde.

Quimioprofilaxia Anti-retroviral em Parturientes

- Administrar AZT por via intravenosa durante todo o trabalho de parto e parto, até a ligadura do cordão umbilical
- O recém-nascido deve receber AZT Xarope, o mais precocemente possível, podendo ser iniciado até 48 horas de vida e que deverá ser mantido durante as primeiras 6 semanas (42 dias)

ESQUEMAS E DOSES DA QUIMIOPROFILAXIA COM AZT

POSOLOGIA DO AZT INTRA-VENOSO NA PARTURIENTE (PACTG 076/Consenso de Gestantes do MS)

- Administrar à parturiente AZT IV, desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical
 - ◆ Iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado;
 - ◆ Dose : 2 mg /Kg na primeira hora, seguida por infusão contínua com 1 mg /kg/ hora;
 - ◆ Retirar após a ligadura do cordão umbilical;
 - ◆ Apresentação: - frasco-ampola de 200 mg com 20 ml , ou seja, concentração de 10 mg/ml).
- O AZT deve ser diluído em soro glicosado a 5% e gotejado, conforme a tabela abaixo.
OBSERVAÇÕES
 - ◆ A concentração não deve exceder 4mg/ml ;
 - ◆ Essa recomendação se refere a qualquer tipo de parto, incluindo por cesárea eletiva, sendo que neste caso, o AZT IV deverá ser iniciado 3 horas antes da intervenção cirúrgica.

Preparação do AZT

Para Infusão Intravenosa em Solução Glicosada a 5%

	Peso da Paciente	40 kg	50 kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	90 Kg
ATAQUE 2 mg /Kg (diluídos em 100ml de SG5%) Correr na 1ª hora	Quantidade de AZT	8 ml	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml	18 ml
	Nº de gotas por minuto	36 gts/ min	37 gts/ min	37 gts/ min	38 gts/ min	39 gts/ min	39 gts/ min
MANUTENÇÃO 1 mg/ Kg/ hora (diluídos em 100ml de SG5%) em Infusão contínua	Quantidade de AZT	4 ml	5 ml	6 ml	7 ml	8 ml	9 ml
	Nº de gotas por minuto	35 gts/ min	35 gts/ min	35 gts/ min	36 gts/ min	36 gts/ min	36 gts/ min

2. A ESCOLHA DA VIA DO PARTO

Após cuidadosa avaliação pelo tocoginecologista, recomenda-se que os profissionais de saúde tenham por regra informar à paciente os riscos / benefícios da via de parto recomendada.

No caso do diagnóstico de infecção pelo HIV ter sido feito muito próximo ou durante o trabalho de parto, não podemos contar com os valores da carga viral materna, que nos auxiliariam na escolha da via de parto mais acertada, conforme recomendação vigente no país.

Nestas circunstâncias (carga viral desconhecida), a operação cesariana apresenta-se como a via de parto que melhor propiciaria proteção de transmissão vertical do HIV. Entretanto, essa proteção só é real se a dilatação cervical estiver de 3 a 4 cm e as membranas amnióticas estiverem íntegras. Sendo assim, neste grupo de mulheres, mesmo tendo se iniciado o trabalho de parto, havendo essas condições a operação cesariana deverá ser a via de parto preferencial.

Não havendo as condições acima, a operação cesariana só se aplica quando houver indicação obstétrica.

É imprescindível portanto, a avaliação criteriosa do obstetra, decidindo qual o tipo de parto será mais adequado em cada caso (conduta personalizada). Se as condições, levantadas pela anamnese obstétrica (pregressa e atual), a dilatação cervical e a dinâmica uterina renunciarem um parto normal rápido, então esta poderá ser a melhor via de parto a ser escolhida nesse momento (o uso do Partograma é essencial para essa avaliação).

	CENÁRIO	DA	PARTURIENTE	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico de Infecção pelo HIV previamente	Diagnóstico de Infecção pelo HIV Previamente	Teste Rápido Reagente	Teste Rápido Não Reagente
CARGA VIRAL	≥ 1000 cópias/ml ou desconhecida	< 1000 cópias/ml ou indetectável	Desconhecida	
PARTO RECOMENDADO (salvo indicação obstétrica)	Parto por operação cesariana eletiva* (sempre c/ AZT IV)**	Parto vaginal*** (sempre c/ AZT IV)	Cesárea desde que dilatação até 3-4 cm e bolsa íntegra (sempre c/ AZT IV)	Indicação Obstétrica

* Operação cesariana eletiva significa aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras. Entretanto, neste grupo de mulheres, mesmo tendo o trabalho de parto iniciado, a operação cesariana deverá ser a via de parto de escolha, desde que esteja a dilatação cervical em até 3 a 4 cm e as membranas amnióticas íntegras.

** Iniciado 3 (três) horas antes do início da operação, e mantido até a ligadura do cordão umbilical.

*** O parto por operação cesariana nesse grupo de mulheres, só se aplica quando houver indicação obstétrica.

OBSERVAÇÃO: a) operação cesariana eletiva deve sempre ser planejada e executada em condições adequadas para reduzir os riscos de morbidade materna e perinatal; b) considerando a biodisponibilidade do AZT IV para melhor eficácia na redução da transmissão vertical, é recomendado que ele seja empregado pelo menos por 3 horas (dose de ataque e duas doses de manutenção) até o clameamento do cordão umbilical, independente do tipo de parto. Quando o tempo de administração materna for inferior às 3 horas, é necessário que o AZT xarope seja instituído para o RN o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras 2 (duas) horas após o nascimento.

3. RECOMENDAÇÕES PARA O PARTO VAGINAL

1. Assegurar a administração imediata do AZT por via intravenosa, desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical. Mesmas aquelas gestantes que não tomaram AZT oral durante a gravidez devem receber da mesma forma o AZT injetável durante o trabalho de parto e o parto;
2. Utilizar o partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, o que permitirá correções precoces de distocias no andamento deste. O modelo de construção e de utilização do partograma está no anexo 5 pp...; (Manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher/MS, 2001, pp.45-63)
3. Não realizar quaisquer procedimentos invasivos (amniocentese, amniotomia, escalpo cefálico para pHmetria) e versão externa;
4. Não realizar amnioscopia;
5. Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques repetidos (usar o partograma como norteador);
6. Evitar que as parturientes portadoras do HIV permaneçam com bolsa rota por mais de 4 horas, ou em trabalho de parto prolongado, visto que a taxa de transmissão viral aumenta progressivamente após a 4ª hora de rotura da bolsa (cerca de 2% a cada hora até 24 horas);
7. Identificar precocemente as distocias e conduzir o trabalho de parto com ocitócitos sempre que indicado, respeitando as contra-indicações para seu uso e o seu correto manuseio;
8. A episiotomia deve ser evitada sempre que possível;
9. Evitar o parto instrumentado (fórceps e vácuo-extrator), sempre que possível;
10. Não realizar a rotura proposital das membranas amnióticas. Quando possível, realizar o parto empelicado (retirada da criança mantendo a bolsa das águas íntegras);
11. Clampear imediatamente o cordão após a expulsão fetal, sem realizar qualquer ordenha;
12. Limpar delicadamente apenas a face do recém-nascido, com compressa estéril;
13. O pediatra deve aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido e lavá-lo com água e sabão;
14. Não há necessidade de se isolar a paciente portadora do HIV e seu recém nascido. Adotar as precauções padrão e universais de biossegurança.

4. RECOMENDAÇÕES PARA A OPERAÇÃO CESARIANA

1. Assegurar que a solução de AZT IV seja iniciada 3 (três) horas antes do início da cesariana e mantida até a ligadura do cordão umbilical;
2. Nos casos em que o trabalho de parto houver iniciado, garantir a utilização do AZT IV por 3 horas, se a paciente se encontrar na fase de pré-parto ou no início da fase latente (até 3 a 4cm), mantendo a infusão até o clampeamento do cordão;
3. Executar, se possível, a cesárea hemostática visando reduzir a transmissão vertical do HIV bem como a morbidade materna. A técnica da cesárea hemostática recomenda a ligadura ou cauterização da maioria dos vasos sanguíneos da parede abdominal, a troca de luvas e colocação de novos campos cirúrgicos sobre os anteriores antes da abertura do miométrio, e a tentativa de retirar o feto envolto pelas membranas amnióticas, (adaptado de Towers et al, 1998);
4. Diante de cesárea de emergência, começar a quimioprofilaxia com AZT na dose de ataque e iniciar o procedimento cirúrgico, enfatizando a necessidade do RN receber o AZT xarope o mais precocemente possível, até 2 (duas) horas após o nascimento;
5. Ligar imediatamente o cordão umbilical, sem qualquer ordenha;
6. Não realizar qualquer manobra de ressuscitação do RN no campo cirúrgico;
7. Limpar delicadamente apenas a face do RN, com compressa estéril, para retirada de secreções maternas do local;
8. Retirar o AZT intravenoso logo após o clampeamento do cordão umbilical;
9. Utilizar antibiótico profilático (cefalosporina de primeira geração – 2g ministrados em dose única imediatamente após a laqueadura do cordão umbilical);
10. Não há necessidade de se isolar a paciente e o Recém-Nascido. Adotar as precauções padrão e universais de biossegurança.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV NAS MATERNIDADES

Uma vez que o HIV pode ser transmitido à criança, durante seu nascimento devido à exposição direta a sangue e secreções infectadas, ou por ingestão de sangue materno, e/ou líquido amniótico, e ainda, pelo aleitamento materno, recomenda-se uma série de cuidados imediatamente após o parto, assim como algumas recomendações se fazem necessárias ao longo do seguimento neonatal.

É importante ressaltar que parte das recomendações a seguir também tem por objetivo esclarecer dúvidas sobre a assistência ao recém-nascido exposto ao HIV.

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

1. Aspirar as vias aéreas do recém-nascido delicadamente com a pera de aspiração, após seu nascimento, assim evitando traumatismos em mucosas. O uso de sonda via nasal não é recomendado exceto em situações especiais, como presença de sangue e ou mecônio em grande quantidade nas narinas;

OBS: Para aqueles bebês cujo líquido amniótico for meconial espesso, providenciar a limpeza das vias aéreas inferiores, com um mínimo de traumatismo, uma vez que este é um cuidado para resgate imediato de vida.

2. Em seguida, limpar a face e lavar o recém-nascido com água e sabão;
3. Aspirar delicadamente o conteúdo gástrico de líquido amniótico e/ou sangue deglutidos, com sonda oral;
4. Não separar mãe-filho, (exceto em circunstâncias excepcionais para tratamento materno e/ou neonatal), colaborando assim com o fortalecimento do vínculo entre eles.
O recém-nascido, tão logo quanto possível, deve retornar para o colo de sua mãe, possibilitando seu primeiro contato;
5. Iniciar o AZT xarope no bebê antes da oitava hora de vida, e naqueles cujas mães não receberam AZT endovenoso, imediatamente (até duas horas após o nascimento);
6. Devido à possibilidade de ocorrência de anemia no recém-nascido em uso de AZT, recomenda-se a realização de hemograma completo ao nascimento, possibilitando o monitoramento da criança no início do tratamento e entre a 6^a e 12^a semanas;
7. A coleta de amostras de sangue do cordão umbilical para testes virológicos não está indicada, em virtude da possibilidade de ter contaminação pelo sangue materno, falseando os resultados.

PROTOSCOLOS DE USO PROFILÁTICO NO RECÉM-NASCIDO

- Para os recém-nascidos de mães HIV+ que não receberam AZT intra-parto, ou não completaram infusão de 3 (três) horas, o AZT xarope deve ser iniciado imediatamente, preferencialmente por via oral, nas 2 (duas) primeiras horas após o nascimento, devendo ser mantido por 42 dias (6 semanas);

- Para os recém-nascidos de mães que receberam mais de três horas de AZT IV no trabalho de parto, o AZT xarope pode ser iniciado até a 8ª hora de vida;

DOSES DE AZT XAROPE (10mg/ml)
2 mg/kg/dose ou 0,2 ml/kg/dose
a cada 6 horas por seis semanas(42 dias de vida)
- Recomenda-se a administração do xarope com seringa de 1ml para evitar superdosagem
- Orientar o uso, limpeza e manutenção adequados do material utilizado na administração do xarope

- Para crianças prematuras, abaixo de 34 semanas de gestação, o protocolo 331 do Grupo de Ensaio Clínico em Aids Pediátrico (Pediatric AIDS Clinical Trial Group - PACTG 331) sugere 1,5 mg/kg, VO ou IV, a cada 12 horas, nas primeiras duas semanas e 2 mg/kg a cada 8 horas, por mais 4 semanas. Nas crianças acima de 34 semanas, a farmacocinética do medicamento é semelhante a das crianças a termo;

PREMATUROS ABAIXO DE 34 SEMANAS:
AZT 1,5 mg/Kg/dose, VO ou IV, a cada 12 horas, nas primeira duas semanas (até 14 dias) e
2 mg/Kg/dose a cada 8 horas, VO ou IV, por mais 4 semanas

- Nos bebês a termo, sem condições de administração por via oral, fazer uso endovenoso do AZT na dose de: 1,5 mg/kg/dose a cada 6 horas, diluído em uma concentração mínima de 4mg/ml e administrado em infusão de 1 hora, preferentemente em bomba de infusão.

USO INTRAVENOSO DO AZT
1,5 mg/Kg/dose 6/6 horas
DILUIÇÃO MÍNIMA de 4 mg/ml

BIOSSEGURANÇA

PRECAUÇÕES PADRÃO E UNIVERSAIS

Considerações

As Precauções Básicas e Universais são medidas de prevenção **que devem ser adotadas com qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas**; ao se manipular sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-íntegra.

Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI (luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais), com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde ao sangue ou fluidos corpóreos de qualquer paciente.

Os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões, pessoal de limpeza, de laboratório e todo pessoal do hospital que lida com materiais perfuro-cortantes, devem tomar outros cuidados especiais para se prevenirem contra acidentes.

Cuidados específicos durante o parto

1. Preferir sempre seringas de plástico (isto se aplica para a anestesia loco-regional quando a episiotomia não puder ser evitada);
2. Preferir sempre o uso de tesouras, ao invés de bisturi;
3. Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo);
4. Preferir fios de sutura agulhados;
5. Evitar agulhas retas de sutura, pelo seu maior risco de acidente percutâneo;
6. Utilizar sempre pinças auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos durante a sutura da episiotomia (quando essa for necessária), durante o fechamento por planos na operação cesariana, e outros procedimentos;
7. Evitar sutura por dois cirurgiões simultaneamente, no mesmo campo cirúrgico;
8. Passar materiais perfuro-cortantes (bisturi, porta-agulhas montados, etc) através de cubas, após aviso verbal;
9. Adotar cuidados especiais na manipulação da placenta e do cordão umbilical, pois o risco de exposição é muito grande;

10. Adotar os EPI (luvas, capote, avental, máscara e gorro) nos cuidados imediatos do recém-nascido, devida a possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico.

11. Descartar todo material pérfuro - cortante em recipiente apropriado (recipiente com tampa e resistente à perfuração, não preenchendo-o acima do limite de 2/3 de sua capacidade total) Esse recipiente deve ser colocado sempre próximo do local onde é realizado o procedimento.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES IV

Atividades do participante	Atividades do facilitador
<p>1. Leia a Parte III do caso “ Maria Aparecida vai ganhar neném” . Com base nas informações fornecidas discuta e preencha as fichas de notificação/investigação de sífilis e HIV.</p>	<p>1. Manter os subgrupos. Orientar e apoiar a realização da atividade.</p>
<p>2. Retome o fluxo de atendimento elaborado, e verifique:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Como foi considerado o aconselhamento no pós-parto ✓ Analise como foi considerada a assistência no pós-parto: <ul style="list-style-type: none"> • Para a mulher com teste rápido anti-HIV não reagente e seu RN. • para a mulher HIV positivo e seu RN. • para a mulher VDRL positivo e RN com sífilis congênita ✓ Como foi realizada a notificação da parturiente HIV positivo e criança exposta ✓ Como foi realizada a notificação da sífilis congênita ✓ Discuta como essa assistência e os encaminhamentos de alta hospitalar são realizados na maternidade em que você atua. <p>Anote as conclusões para apresentação em plenária.</p>	<p>2. Manter os subgrupos. Orientar e apoiar a realização da atividade, conforme as questões pontuadas e o registro das conclusões para apresentação em plenária.</p>
<p>3. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.</p>	<p>3. Coordenar a plenária, destacando os aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de desempenho das equipes da sala de parto, enfermaria e berçário na assistência pós-parto; • da organização do serviço; • dos encaminhamentos de notificação e alta hospitalar.

<p>4 - Leia e discuta o texto: “Assistência no pós-parto” e “Vigilância de gestantes/parturientes HIV positivas e crianças expostas ao HIV e da sífilis congênita”.</p> <p>Anote as dúvidas para discussão em plenária.</p>	<p>4. Manter os subgrupos e orientar o registro das dúvidas para apresentação e discussão em plenária.</p> <p>Destacar questões para reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ aconselhamento ✓ não aleitamento; ✓ inibição da lactação; ✓ alimentação do RN com fórmula infantil; ✓ profilaxia com AZT oral; ✓ teste confirmatório; ✓ diagnóstico e tratamento da mãe, parceiro e criança com sífilis; ✓ ações de vigilância epidemiológica.
<p>5. Participe da plenária para esclarecimento de dúvidas, exposição teórica e discussão sobre as orientações de assistência no pós-parto.</p>	<p>5. Coordenar a plenária, esclarecer as dúvidas e realizar exposição teórica sobre assistência no pós-parto enfocando as questões trazidas pelos participantes.</p>
<p>6.- Retome a atividade 3 da seqüência de atividades I e reelabore o fluxo de atendimento à parturiente-puérpera e seu RN na maternidade que você atua, à luz das leituras e discussões realizadas. Anote as conclusões para apresentação em plenária.</p>	<p>6. Manter os subgrupos e orientar a atividade de forma a incluir as propostas de mudança do processo de trabalho, realizadas nas atividades anteriores.</p>
<p>7 - Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.</p>	<p>7. Coordenar a plenária, destacando as propostas de mudanças no processo de trabalho com vistas à redução da TV do HIV e da morbi-mortalidade por sífilis congênita.</p>
<p>8. Elabore uma proposta de encaminhamento para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ sistema de referência e contra-referência: maternidade – atenção básica – serviço de referência especializado para portadoras do HIV e Sífilis Congênita; ✓ reorganização do processo de trabalho na maternidade que atua; <p>Anote as conclusões para apresentação em plenária.</p>	<p>8. Manter os subgrupos e orientar a elaboração da proposta de encaminhamento, considerando os responsáveis pelas ações e cronograma de implantação da proposta de encaminhamento.</p> <p>Ressaltar na discussão sobre sistema de referência e contra-referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o papel do agente comunitário de saúde no acompanhamento de puérperas e RN.
<p>9. Apresente em plenária a proposta de encaminhamento elaborada na atividade anterior.</p>	<p>9. Coordenar a plenária destacando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • viabilidade das propostas; • demandas para outros níveis hierárquicos do sistema de saúde (diretor do hospital, secretário de saúde e outros); • papel da equipe da maternidade como sujeito social de mudança; • negociação como instrumento estratégico de mudança.
<p>10. Participe de atividade de avaliação do curso.</p>	<p>10. Coordenar dinâmica de avaliação do curso.</p>

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Dados do Caso	5 Agravamento GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS	Código (CID10) Z 21	6 Data do Diagnóstico	
	7 Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta		8 Data de Nascimento	
	9 Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	16 Número	
	17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF	
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
	Dados Complementares do Caso			
HIV	26 Evidência laboratorial do HIV: 1 - Teste rápido reagente 2 - Teste definitivo reagente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Antes do pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o parto <input type="checkbox"/> Após o parto			
Categoria de Exposição da	27 Informações sobre a parceria sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS <input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido <input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico			
	28 Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	29 História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
30 Acidente com material biológico com posterior soroconversão <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		31 Transmissão Vertical <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		
Pré-Natal				
Dados Pré-Natal	32 Município de realização do Pré-Natal	Código	33 Unidade de realização do pré-natal:	
	34 Nº da Gestante no SISPRENATAL	35 Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal: semanas	36 Data provável do parto:	
	37 Caso confirmado de aids: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		38 Em uso de anti-retrovirais para tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	39 Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início semanas			
	40 Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Não realização do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não disponível <input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não oferecido <input type="checkbox"/> Recusa da gestante <input type="checkbox"/> Em uso anti-retroviral para tratamento Outros motivos: _____			

Parto

Dados Parto	41	Município do local do parto	Código	42	Local de realização do parto:	Código	
	43	Data do parto:		44	Idade gestacional:	<input type="text"/> semanas	
	45	Fez pré-natal ?	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - Ignorado	46	Se sim, nº consultas:	<input type="text"/>	
	47	Município de realização do pré-natal	Código	48	Unidade pré-natal	Código	
	49	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):					<input type="text"/> 00 - não usou 99 - Ignorado
	50	Tempo de ruptura das membranas (horas):					<input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado
	51	Evolução da gravidez:		<input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Cesáreo 3 - Aborto	52	Gestação múltipla: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	
	53	Fez uso de anti-retroviral durante o parto:					<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado
	54	Óbito materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	55	Criança: <input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica		
	56	Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas):					<input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado

Criança

Dados Criança	57	Município da unidade de acompanhamento	Código	58	Unidade de acompanhamento da criança:	Código		
	59	Nome da criança:				60	Data de nascimento	
	61	Sexo:	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	62	Município do local de parto	Código	63	Local de nascimento (Unidade de Saúde):
	64	Aleitamento materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	65	Se sim, tempo (dias):			
	66	Aleitamento cruzado:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	67	Se sim, tempo (dias):			
	68	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):					<input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado	
	69	Utilizou outro anti-retroviral:					<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado	
	Dados laboratoriais:		Data da coleta		Resultado			
	70	Carga viral (1ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável			
	71	Carga viral (2ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável			
72	Carga viral (3ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável				
73	Sorologia anti-HIV aos 24 meses	Data da coleta	<input type="checkbox"/> 1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado					
Conclusão	74	Encerramento do caso <input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito						
	75	Se óbito, data:						
	76	Causa do óbito relacionada à aids: <input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado						
77	Responsável pelo preenchimento:				78	Data:		

Gestante HIV +

CENEPI 03.1 04/06/01

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Dados do Caso	5 Agravado SÍFILIS CONGÊNITA	Código (CID10) A 5 0 9	6 Data dos Primeiros Sintomas	
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
	15 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	16 Número	
Dados de Residência	17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF	
	20 Município de Residência	Código (IBGE)		
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
	Dados Complementares			
	Antecedentes Epidemiológicos da Mãe	26 Data da Investigação	27 Ramo de Atividade Econômica	
28 Data de Nascimento da Mãe		29 Idade Anos	30 Escolaridade da mãe (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9- ignorado	
31 Nº de Gestações		32 Nº de Partos	33 Nº de Abortos	34 Nº de Natimortos
35 Realizou Pré-Natal 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		36 Se Não, Porque 1-Desconhecimento 2-Não Acha Importante 3-Dificuldades de Acesso 4-Barreira Burocrática 5-Horário Incompatível 6-Outro		
37 Pré-Natal, Especificar o Local		38 Nº de Consultas Pré-Natal	39 Idade Gestacional na 1ª Consulta S (semanas) M (meses)	
40 Sífilis Diagnosticada Durante a Gravidez 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		41 Forma Clínica Durante a Gravidez 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		
42 Número de Parceiros Durante a Gravidez		43 Parceiro(s) Tratado(s) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Resultado dos Exames 1-Reativo 2-Não Reativo 3-Não Realizado 9-Ignorado		45 Título 1:	46 Data	
44 1º VDRL (1º consulta do pré-natal)		47 2º VDRL (3º trimestre do pré-natal)	48 Título 1:	49 Data
50 VDRL no Parto		51 Título 1:	52 Data	
53 Diagnóstico Sorológico do HIV com Teste Confirmatório Positivo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Tratamento da Mãe	54 Esquema de Tratamento 1 - Penicilina Benzatina 2.400.000 UI 1x / semana / 2 semanas 2 - Penicilina Benzatina 2.400.000 UI 1x / semana / 3 semanas 3 - Penicilina Benzatina 2.400.000 UI 1x / dose única 4 - Outro Esquema, Especificar _____ 5 - Tratamento Não Realizado 9 - Ignorado			
	55 Data do Início do Tratamento			

Antecedentes Epietm. da Criança	56 UF	57 Município de Nascimento	
	58 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)		
Dados Clínicos da Criança	59 Idade Gestacional ao Nascer S (semanas) M (meses)	60 Peso ao Nascer (em gramas) 9999 se ignorado	61 Natimorto 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	62 Óbito 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	63 Data de Óbito	64 Exposição ao HIV 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Dados do Laboratório da Criança	65 Diagnóstico Clínico / Presença de Sinais e Sintomas		
	1-Sim <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/>	2-Não <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/>	
	9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rinite Muco-Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia <input type="checkbox"/>	Outro _____ <input type="checkbox"/>	
	Diagnóstico Laboratorial 1-Reativo 2-Não Reativo 3-Não Realizado 9-Ignorado		
66 VDRL - Cordão Umbilical <input type="checkbox"/>	67 Título 1:	68 FTA-ABS (IgM) <input type="checkbox"/>	
69 VDRL - Sangue Periférico <input type="checkbox"/>	70 Título 1:	71 FTA-ABS (IgG) <input type="checkbox"/>	
72 VDRL - Líquor <input type="checkbox"/>	73 Título 1:	74 TPHA <input type="checkbox"/>	
75 Evidência de <i>T. pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	76 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	77 Outras Alterações Laboratoriais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Diag. Rad.	78 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tratamento da Criança	79 Esquema de Tratamento		
	1 - Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI / Kg / dia - 10 a 14 dias 2 - Penicilina G Procaína 50.000 UI / Kg / dia - 10 dias 3 - Penicilina G Benzatina 50.000 UI / Kg / dose única 4 - Outro Esquema, _____ 5 - Não Realizado 9 - Ignorado		
Conclusão	80 Data do Início do Tratamento		
	81 Classificação Final 1-Confirmado 2-Descartado 3-Presumível 9-Ignorado	82 Diagnóstico Final 1 - Sífilis Congênita Recente 2 - Sífilis Congênita Tardia 3 - Natimorto Sifilítico 4 - Aborto por Sífilis 9 - Ignorado	83 Data do Encerramento
Observações Gerais			
Observações (se a mãe do caso tiver realizado pré-natal, anotar as causas prováveis da ausência de diagnóstico ou do tratamento inadequado da sífilis na gestante)			
Investigador	84 Município/Unidade de Saúde		85 Código da Unid. de Saúde
	86 Nome	87 Função	88 Assinatura

Sífilis

CENEPI 02.21 05/10/00

Maria Aparecida vai ganhar neném!!!!

Estudo de caso

Parte III

O parto normal aconteceu às 15 horas e foram realizados os procedimentos de profilaxia. Nasceu um bebê de sexo masculino, com idade gestacional pediátrica (Capurro) de 38 semanas. Aparecida foi encaminhada para testes confirmatórios e acompanhamento no Instituto da Mulher e o RN encaminhado ao Hospital Criança Querida que faz o acompanhamento de crianças expostas. Aparecida refere que seu marido fez uso de drogas injetáveis e teve várias parcerias sexuais.

Um mês após o parto, Maria Aparecida iniciou as consultas de seu filho, Júlio César, no Hospital Criança Querida – Céu Claro. Utilizou por seis semanas o AZT xarope e suas três cargas virais foram negativas. Não retornou para a realização da sorologia anti- HIV aos 24 meses.

Maria Aparecida da Silva
- cor branca
- data de nascimento: 04/04/1981
Endereço: Rua das Flores, nº 25, Boa Vista – Lua Azul
Mãe: Maria Francisca da Silva

ASSISTÊNCIA NO PÓS PARTO

Durante o pós parto, ainda na maternidade, muitas das ações da equipe multiprofissional estarão voltadas para o reforço e/ou complementação daquelas iniciadas pelo aconselhamento. Daí, a importância de se salientar e repetir algumas dessas orientações, como:

1. Reforçar todas as informações observadas no aconselhamento, enquanto a puérpera aguarda a confirmação de seu diagnóstico: riscos de transmissão do vírus através da amamentação; garantir e ensinar o preparo e administração da fórmula infantil; assegurar suporte emocional e social de toda a equipe de saúde, assegurando que não haja discriminação ou quebra de sigilo;
2. garantir o encaminhamento da amostra de sangue ou da própria paciente para confirmação sorológica, de modo a se conseguir esse resultado no menor tempo possível;
3. Garantir a inibição mecânica da lactação (enfaixamento das mamas), logo após o parto, e considerar a utilização do inibidor de lactação, utilizando-o mediante aconselhamento e consentimento da paciente. Ou seja, a inibição da lactação deverá ser iniciada por enfaixamento mamário que deverá ser mantido por pelo menos uma semana (utilizar por 10-14 dias), evitando-se restringir os movimentos respiratórios e causar desconforto materno. Se esta medida falhar, havendo ingurgitamento mamário acentuado, ou por qualquer outro motivo para o cumprimento da medida acima descrita, e estando o diagnóstico de infecção pelo HIV confirmado, o hexahidro-benzoato de estradiol, 2 ampolas de 5 mg (1 ml) IM, ou a cabergolina 0,5 mg, 2 comprimidos em dose única, poderá ser utilizado, respeitando-se as suas contra indicações;
4. Contra-indicar o aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher) e o uso de qualquer leite materno com pasteurização domiciliar, em razão dos seus riscos potenciais para transmissão do HIV;
5. Se a sorologia materna para sífilis resultou positiva, instituir tratamento de acordo com a classificação clínica da doença e reforçar as medidas preventivas
6. Assegurar o seguimento laboratorial (VDRL) após o tratamento da sífilis;
7. Prever que as consultas de seguimento puerperal da mulher portadora do HIV devem ser agendadas por volta do 8º e 42º dia pós-parto, como de qualquer outra paciente, salvo em circunstâncias especiais de complicações ocorridas durante o parto e/ou puerpério imediato;
8. Incentivar e ressaltar a importância de seu acompanhamento clínico e ginecológico em serviço especializado para portadores do HIV, bem como aquele da criança, até a definição de seu *status* sorológico (reforçar adesão);
9. Orientar rastreamento sorológico do parceiro e de filhos anteriores;

10. Complementar as orientações sobre prevenção das DST (incluindo a sífilis) e reforçar o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais (sexo seguro);

11. Orientar a mulher e seu parceiro sobre anticoncepção, encaminhando-os para um serviço de planejamento familiar, onde poderão ser orientados para métodos anticoncepcionais adequados. Esclarecer os riscos envolvidos em novas gestações, para o planejamento futuro pelo casal.

ORIENTAÇÕES NA ALTA HOSPITALAR E SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

1. Agendar consulta para a criança em serviço especializado;

2. Orientar a alimentação do recém-nascido, fornecer a fórmula infantil e orientar seu preparo. (consultar o “Guia Prático de Preparo de Alimentos para bebês verticalmente expostos ao HIV”);

Contra-indicar o aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher) e o uso do leite materno com pasteurização domiciliar.

3. Reforçar junto à mãe a importância da adesão ao seguimento do RN, bem como a regularidade da administração do AZT xarope, certificando-se que a mãe compreendeu o esquema de tratamento e esclarecendo as dúvidas com linguagem acessível;

Não é recomendado, neste momento, a realização de testes sorológicos anti-HIV no recém-nascido, tendo em vista a transferência passiva de anticorpos maternos.

4. Não existe contra-indicação para a vacinação contra hepatite B e BCG, ID, logo após o nascimento (ainda na maternidade).

DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS

- Considera-se infectada a criança que apresentar resultado positivo em duas amostras testadas pelos métodos de detecção quantitativa ou qualitativa do vírus. Estes testes deverão ser realizados após dois meses de vida (ver anexo 3).

- A partir dos 18 meses, o diagnóstico será realizado por testes sorológicos (teste anti-HIV) conforme o fluxograma do Ministério da Saúde (Portaria 488 de 98)

INTERPRETAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Criança provavelmente não infectada:

- * Entre 2 e 6 meses = duas amostras negativas, por detecção de RNA ou DNA viral, sendo uma delas após o 4º mês de vida.
- * Em crianças maiores de 6 meses de idade, assintomáticas, não amamentadas e com duas sorologias negativas, realizadas com intervalo de dois meses, afasta-se a possibilidade de infecção pelo HIV.
- * **Idade superior a 18 meses = uma amostra negativa em testes de detecção para anticorpos anti-HIV, utilizando fluxograma do Ministério da Saúde.**

Os critérios para exclusão da infecção, acima referidos, aplicam-se às crianças que não foram amamentadas pela mãe HIV-positiva.
A amamentação, em qualquer período, é considerada como nova exposição ao HIV e, se ela acontecer, a criança deve ser submetida a nova rotina de diagnóstico da infecção pelo HIV.

Profilaxia primária contra pneumonia por *P. carinii*

A pneumonia por *P. carinii* é a mais freqüente infecção oportunista em crianças com aids, sendo a faixa etária de maior risco aquela compreendida entre os 3 e 6 meses de idade. A recomendação atual é de que todas as crianças, a partir de 6 semanas de idade devem receber a profilaxia com Sulfametoxazol+Trimetoprima (SMX-TMP) até completar um ano, exceto se a infecção pelo HIV puder ser afastada durante este período (segundo os critérios definidos no item Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Crianças) – ver anexo 3.

O quadro abaixo sistematiza a recomendação acima descrita.

Quadro 1. Recomendações da profilaxia primária de *P. carinii* (a) para crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV

Idade	Recomendação
Nascimento até 4 a 6 semanas	Não indicar profilaxia
4 a 6 semanas a 4 meses	Indicar profilaxia
4 a 12 meses	- Iniciar ou manter profilaxia
- Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada	- Não indicar/ suspender
- Infecção excluída (criança não infectada)	

Fonte: modificado de MMWR, 1995

SÍFILIS NO PÓS PARTO

TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PUERPÉRIO

Sífilis Primária

- Penicilina G Benzatina – 2.400.000 UI IM, dose única (1.2 milhão de UI em cada glúteo) ou
 - Alérgicas: Estearato de eritromicina 500 mg VO, 6/6h por 15 dias
- Se não amamentar por outros motivos: Doxiciclina, 100 mg 2x/ dia, por 15 dias ou Tetraciclina, 500 mg 4x/dia, por 15 dias

Sífilis Secundária ou Latente Recente

- Penicilina G Benzatina – 2.400.000 UI IM , 1x/ sem/ 2 semanas seguidas ou
 - Alérgicas: Estearato de eritromicina 500 mg VO, 6/6h por 15 dias
- Se não amamentar por outros motivos: Doxiciclina, 100 mg 2x/dia, por 15 dias ou Tetraciclina 500 mg 4x /dia, por 15 dias

Sífilis Latente Tardia ou de Duração Indeterminada

- Penicilina G Benzatina – 2.400.000 UI IM , 1x/ sem/ 3 semanas seguidas ou
 - Alérgicas: Estearato de Eritromicina 500 mg VO, 6/6h por 30 dias
- Se não amamentar por outros motivos : Doxiciclina, 100 mg 2x/dia, 30 dias ou Tetraciclina 500mg 4x /dia, por 30 dias.

Ministério da Saúde, 1999

Ver Testes de Sensibilidade à Penicilina – Manual. Brasília: CN DST/AIDS, Ministério da Saúde, 1999. Também disponível em www.aids.gov.br/assistencia/documentosreferenciais .

OBSERVAÇÃO: Após a dose terapêutica inicial da penicilina, algumas mulheres poderão ter a reação febril de Jarisch - Herxheimer, com aparecimento das lesões cutâneas, febre, artralhas, cefaléia, entre outros sintomas gerais, geralmente exigindo apenas cuidados sintomáticos, com involução espontânea em 12 a 48 horas. **Não se justifica a interrupção do esquema terapêutico.** Essa reação não significa hipersensibilidade à droga, portanto, toda paciente com sífilis submetida ao tratamento com penicilina deve ser alertada quanto à possibilidade de desenvolver tal reação.

IMPORTANTE: deve-se salientar que as sorologias com títulos baixos (inferiores a 1/8) podem estar associadas a lues latente de período indeterminado e devem ser investigadas e tratadas.

RECOMENDAÇÕES NO TRATAMENTO PARA SÍFILIS

- As pacientes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizadas e receber esquemas especiais de tratamento com penicilina.
- Com o objetivo de prevenir lesões irreversíveis da sífilis terciária, recomenda-se que os casos de sífilis latente com período de evolução desconhecido, e os portadores do HIV, sejam tratados como sífilis latente tardia ou de período indeterminado.
- Os pacientes com história comprovada³ de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina G benzatina) podem ser dessensibilizados, ou então receberem tratamento alternativo (com eritromicina, tetraciclina ou doxiciclina). A tetraciclina e a doxiciclina são contra-indicadas em gestantes e nutrízes. Estas drogas alternativas exigem estreita vigilância, por apresentarem menor eficácia.
- Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses.
- Elevação a duas diluições acima do último título do VDRL, justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Investigar se foi realizado o tratamento do parceiro.

SÍFILIS NA PORTADORA DO HIV

- Sempre que os achados clínicos forem sugestivos de sífilis, porém o VDRL for negativo, usar exame alternativo (campo escuro, FTA-Abs, MHA-Tp, biópsia);
- Portadoras do HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Para essas pacientes pode ser indicada a punção lombar, a fim de se definir o esquema terapêutico mais apropriado;
- Os portadores do HIV devem ser tratados como sífilis latente ou de período indeterminado
- Pacientes HIV positivas com sífilis recente, quando comparadas às HIV negativas, podem ter maior risco de complicações neurológicas e podem apresentar maior falha no tratamento com os esquemas recomendados. A magnitude desse risco, embora não definida precisamente, é provavelmente mínima.
- É importante enfatizar que após o tratamento, é essencial fazer-se um seguimento cuidadoso destas pacientes.

-
- Na alta hospitalar, a paciente deve levar consigo uma referência formal, na qual conste o motivo do encaminhamento, os dados clínicos de interesse e seu cartão de gestante (se possível);
 - Também deverão constar os dados relativos a seu atendimento na maternidade, principalmente aqueles referentes aos exames realizados, ao diagnóstico proposto, ao tratamento executado e às recomendações sugeridas.
-

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO COM SÍFILIS CONGÊNITA

CONCEITO

A sífilis congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sanguínea, transmitido pela gestante para o seu bebê. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, e o risco de transmissão é maior em mulheres com sífilis primária ou secundária.

As consequências da sífilis materna sem tratamento incluem abortamento, natimortalidade, nascimento prematuro, recém-nascido com sinais clínicos de sífilis congênita ou, mais freqüentemente, bebê aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente.

FORMAS CLÍNICAS

Na *Sífilis Congênita Precoce*, os sinais e sintomas surgem até os 2 anos de vida: baixo peso; coriza serossanguinolenta; obstrução nasal; prematuridade; osteocondrite; choro ao manuseio; pênfigo palmo-plantar; fissura peribucal; hepatoesplenomegalia; alterações respiratórias/pneumonia alba; icterícia; anemia geralmente severa; hidropsia; pseudoparalisia dos membros; condiloma plano.

Na *Sífilis Congênita Tardia*, os sinais e sintomas surgem a partir dos 2 anos de vida, tíbia em “lâmina de sabre”; fronte olímpica; nariz em sela; dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson); mandíbula curta; arco palatino elevado; ceratite intersticial; surdez neurológica; dificuldade no aprendizado.

É considerado *Natimorto por Sífilis* todo caso de óbito fetal com mais de 22 semanas de gestação ou peso maior que 500g, de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis.

O *Aborto por Sífilis* é todo caso de morte fetal com menos de 22 semanas de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis, afastadas causas de aborto não-espontâneo.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Sorologia não-treponêmica (VDRL) é indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode permanecer reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, mas apresenta tendência a queda progressiva nas titulações, até sua negatificação. O recém-nascido não infectado pode apresentar anticorpos maternos transferidos através da placenta e, neste caso, o teste será reagente até o sexto mês de vida, aproximadamente.

Sorologia treponêmica (FTA-abs, MHATP): são testes úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos-positivos. O FTA-abs, quando reagente em material do recém-nascido, não significa necessariamente infecção fetal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária.

Os testes treponêmicos tendem a negatização quando não houver infecção.

Testes treponêmicos reagentes em crianças maiores de 18 meses confirmam a infecção.

O **Raio-X de ossos longos** demonstra alterações ósseas compatíveis com periostite, osteíte e osteocondrite.

O **Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR)** é necessário para detectar ou afastar a neurosífilis. Alterações na contagem de linfócitos (>25 leucócitos/mm³); e na dosagem de proteínas (>100 mg/dl) do recém-nascido (após o período neonatal, os valores são > 5 leucócitos e > 40 mg/dl, respectivamente) associados ou não com VDRL reagente, definem o quadro.

CONDUTAS NO RECÉM-NASCIDO

- * Realizar VDRL em amostra de sangue periférico dos recém-nascidos quando as mães apresentarem VDRL reagente na admissão ao parto; e quando houver suspeita clínica de sífilis congênita;
- * Tratar imediatamente os casos detectados;
- * Notificar os casos detectados, incluindo os óbitos neonatais, natimortos ou abortos por sífilis.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

* **A-** Realizar, nos recém-nascidos de mães com sífilis **não tratada**, ou **inadequadamente tratada**, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, raio -X de ossos longos, punção lombar, e outros exames, procedendo sempre ao tratamento do RN:
A1. Sem alterações líquóricas: Penicilina G Cristalina, na dose de 100.000 UI/Kg/dia, IV, 2 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida); ou 3 vezes (quando tiver mais de 1 semana de vida), por 10 dias; ou Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg, IM, por 10 dias (se não for possível garantir o adequado tratamento ambulatorial, proceder ao tratamento hospitalar);

A2. Com alterações líquóricas : o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, em 2 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida); ou 3 vezes (quando tiver mais de 1 semana de vida), por 14 dias;

Na impossibilidade de realizar a análise líquórica, tratar o caso como neurosífilis.

* **B-** Realizar o VDRL em amostra de sangue periférico nos recém-nascidos de mães **adequadamente tratadas**. Se este for reagente com titulação **maior** que a materna e/ou na presença de alterações clínicas, realizar raio-X de ossos longos e análise do líquido (LCR).

- * B1. Se houver alterações radiológicas, sem alterações liquóricas, tratar como A1;
- * B2. Se houver alteração liquórica, tratar como A2;

- * C- Realizar o VDRL em amostra de sangue periférico nos recém-nascidos de mães **adequadamente tratadas**. Se o bebê **não** for reagente ou for reagente com titulação **menor** ou **igual** à da mãe, e também for assintomático e com o raio-X de ossos longos sem alterações, proceder apenas ao seguimento ambulatorial.

Garantir o encaminhamento para o seguimento destas crianças na rede de assistência

VIGILÂNCIA DE GESTANTES/PARTURIENTES HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV E DA SÍFILIS CONGÊNITA

No Brasil, recomenda-se a testagem anti-HIV tão logo a mulher inicie seu pré-natal. Tendo sido essa oportunidade perdida, em qualquer outro momento da gestação, no parto e até mesmo no pós-parto, se evitando o risco de transmissão do HIV pela amamentação. Mãe HIV + e crianças expostas ao HIV deverão ser acompanhadas em serviços especializados.

Nesses serviços públicos estão disponibilizados os testes e os medicamentos necessários ao tratamento dos casos e à profilaxia da transmissão do HIV para a criança.

O investimento realizado na detecção precoce do vírus nas gestantes e na tentativa de impedir sua transmissão para as crianças, evitando o surgimento de futuros casos de Aids infantil, demanda, porém, o desencadeamento de ações de Vigilância Epidemiológica da infecção pelo HIV nas gestantes/parturientes/puérperas.

A notificação da infecção do HIV em gestantes e em crianças expostas, assim como a notificação da sífilis congênita (SC), permite que a atual abrangência da vigilância epidemiológica da Aids e da SC, incorpore novas informações a fim de subsidiar o monitoramento e a análise da situação da infecção pelo HIV/Aids e SC, visando um enfrentamento mais global da epidemia no País e possibilitando ainda novos e futuros desenhos de modelos assistenciais.

A avaliação contínua da qualidade das ações preventivas da transmissão vertical nos serviços de saúde, desde a cobertura do rastreamento no pré-natal até os dados de prevalência na população infantil (produto final e indicador de impacto das ações profiláticas desenvolvidas) tem na vigilância epidemiológica sua fonte de obtenção e constitui-se condição inicial para o desencadeamento das ações profiláticas.

A avaliação das informações dar-se-á de forma sistemática, com instrumento de registro de dados e programa de análise padronizados em nível nacional, o que permite visibilidade e comparabilidade ampla dos indicadores, além de melhor planejamento das ações e investimento de recursos, contribuindo ainda para que o nível local, gradualmente, possa programar a aquisição de insumos. Isso está estabelecido na NOB - SUS/96 que prevê a transferência de recursos fundo a fundo para o custeio das ações de vigilância epidemiológica e controle de agravos.

A notificação compulsória de gestantes HIV+ e crianças expostas e da sífilis congênita estão previstas na portaria nº 1.943GM/MS, de 18 de Outubro de 2001. (ver anexo....pág 00)

Critérios para a Investigação e a Notificação:

Para o HIV: Serão notificadas e investigadas todas as gestantes/parturientes/mãe da criança exposta cujo resultado laboratorial de pesquisa para HIV for positivo (considerar para início

desse processo, o primeiro resultado reagente ao teste rápido anti-HIV). Serão consideradas expostas, todas as crianças filhas de mães soropositivas para o HIV ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV. Neste caso a investigação deverá conter dados da nutriz.

Vigilância do HIV:

Investigação: Após o diagnóstico laboratorial com teste de triagem (ELISA, teste rápido) reagente, deve-se iniciar a investigação epidemiológica para permitir que as medidas de controle possam ser adotadas em tempo oportuno. O instrumento de coleta de dados, a Ficha Epidemiológica (disponível no SINAN), contém os elementos essenciais a serem coletados em uma investigação de rotina. Todos os campos desta ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa ou ignorada. Outros itens e observações podem ser incluídos, conforme as necessidades e peculiaridades de cada situação.

Para a Sífilis Congênita:

Serão notificadas e investigadas:

. Toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente da presença de sinais, sintomas e resultados laboratoriais;

. Toda criança que apresentar um TESTE REAGÍNICO POSITIVO para sífilis e uma das seguintes condições:

Evidência de sintomatologia sugestiva de sífilis congênita ao exame físico;

Evidência de sífilis congênita ao Raio X;

Evidência de alterações no Líquido Céfaló-Raquidiano (VDRL, contagem de células e dosagem de proteínas);

Títulos reagínicos do RN maior ou igual ao título materno, na ocasião do parto*;

Evidência de elevação de títulos reagínicos em relação a títulos anteriores;

Positividade para Ac IgM contra *T. pallidum*.

**a ausência do aumento deste título não pode ser usado como evidência contra o diagnóstico de Sífilis Congênita.*

. Toda criança com evidência laboratorial do *T. pallidum* em material colhido de lesões, placenta, cordão umbilical ou necropsia, em exame realizado através de técnicas de campo escuro, imunofluorescência ou outra específica.

. Toda criança com teste reagínico positivo após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento pós-terapêutico e de sífilis adquirida.

. Todo caso de MORTE FETAL ocorrida após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe, portadora de Sífilis, não foi tratada ou foi tratada inadequadamente é definido como NATIMORTO COM SÍFILIS.

Fluxo:

Os fluxos e os respectivos prazos de encaminhamento das informações deverão coincidir com o fluxo das notificações de Aids, utilizando-se a ficha de notificação/investigação de gestantes HIV e crianças expostas e de sífilis congênita.

A notificação/investigação deverá ser encaminhada em cada etapa prevista (pré-natal, parto e criança).

OBSERVAÇÃO: o roteiro de preenchimento das fichas de investigação de HIV, e notificação da sífilis congênita, acompanham as fichas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 796, de 29 de maio de 1992. Recomenda a não exigência de teste de Aids para admissão em escolas públicas e privadas. *Diário Oficial da União*, 3 jun. 1992, seção 1, p. 7.004, 1992.

———. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e aids*: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 2000.

———. Ministério da Saúde. *Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

———. Ministério da Saúde. *Manual de assistência humanizada ao parto, aborto e puerpério*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

———. Ministério da Saúde. Portaria Técnica Ministerial n.º 709/99, de 10 de junho de 1999, *Diário Oficial da União*, 11 jun. 1999.

———. Ministério da Saúde. Portaria Técnica Ministerial n.º 874/97, de 3 de julho de 1997, *Diário Oficial da União*, 4 jul. 1997.

———. Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aspectos da epidemia de aids na Região Sul do Brasil, 1987-1998*: evidências de crescimento diferenciado. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 2001.

———. Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS*, Brasília, v. 16, n. 1, 2002.

———. Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids. *Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

———. Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de controle das DST*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item05.htm> Acesso em: jul. 2002.

———. Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

———. Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Manual técnico de assistência pré-natal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

———. Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Manual técnico de gestação de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAMPOS, Gastão W. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION – CDC. Recommendations of the U.S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *MMWR*, v. 43, p. RR-11, 1994.

CAMPOS, Gastão W. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Recommendations of the U.S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *MMWR*, v. 43, p. RR-11, 1994.

CONNOR, E. M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric Aids Clinical Trials Group Protocol 076 study Group. *New England Journal of Medicine*, v. 331, n 18, p. 1173-1180, 1994.

———. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, v. 331, n 18, p. 117-380, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA/*Parecer CFM n.º 04/91*. Está impedida de revelar segredo médico, toda a equipe de profissionais que em virtude do exercício de sua profissão, tenha conhecimento de fatos relativos aos pacientes menores infratores e detentos prisionais, salvo por justa causa, dever legal, ou autorização expressa do paciente. Relator: Hilário Lourenço de Freitas Junior, [19--].

———. *Parecer CFM n.º 11/92*. Complementa normas éticas para o tratamento de pacientes com AIDS. Relatores: Guido Carlos Levi e Gabriel Wolf Oselka, [19--].

———. *Parecer CFM n.º 14/88*. Define normas éticas para tratamento de pacientes com AIDS. Relatores: Antônio Ozório Leme de Barros e Guido Carlos Levi, [19--].

DUNN, D. T. et al. Mode of delivery and vertical transmission of HIV-1: a review of prospective studies. *J Acquir Immune Defic Syndr*, v. 7, p. 1064-1066, 1994.

FROM the Centers of Disease Control and Prevention. Progress toward elimination of perinatal HIV infection Michigan, 1993-2000. *MMWR – Morb Mortal Wkly Rep*, v. 51, n. 51, p. 93-97, 2002.

GRAY, G. E.; MCINTYRE, J. A.; LYONS, S. F. The effect of breastfeeding on vertical transmission of HIV-1 in Soweto, South Africa. In: INTERNATIONAL CONFERENCE on AIDS, 11., Vancouver, 1997, *Abstract ThC415...*

GROBMAN, W. A.; GARCIA, P. The cost-effectiveness of voluntary intrapartum rapid human immunodeficiency virus testing for women without adequate prenatal care. *Am J Obstet Gynecol*, v. 181, n.5, part 1, p. 1062-1071, 1999.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. *Saúde em Debate*, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.

LINDEGREN, M. L. et al. Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. *JAMA*, v. 282, p. 531-538. 1999.

MCINTYRE, J. Team. Evaluation of the safety of two simple regimens for prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: nevirapine (NVP) vs lamivudine (STC) + zidovudine (ZDV) used in a randomized clinical trial (The SAINT study). In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 13., Durban, South Africa, 9-14 July 2000. *Abstract TuOrB356...* (and the SAINT Study).

MEYER, Dagmar E. E. Saúde da mulher: indagações sobre a produção de gênero. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 23, n. 2, mar/abr. 1999.

MOODLEY, D. The SAINT trial: Nevirapine (NVP) versus Zidovudine (ZVD) + lamivudine (3TC) in prevention of peripartum HIV transmission. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 13., Durban, South Africa, 9-14 July 2000. *Abstract LbOr2...* (on behalf of the SAINT Investigators Team).

NOGUEIRA, A. S. et al. Assessment of rapid HIV test strategy during labor: a pilot study from Rio de Janeiro, Brazil. *J of Human Virology*, v. 4, n. 5, p. 278-282, 2001.

RAPID HIV tests: questions/ answers. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2002.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde; Comissão de Aids. Aids e aborto. *Informes Técnicos Informação*, n. 37. São Paulo: CADAIS, [19--],

- TESS, B. H. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *Aids*, São Paulo, v. 12, p. 513-20, 1998.
- THEA, D. M. et al. The effect of maternal viral load on the risk of perinatal transmission of HIV-1. *Aids*, v. 11, p. 437-444, 1997. (and the New York City Perinatal HIV Transmission Collaborative Group).
- TOWERS, Craig V. et al. A “bloodless cesarean section” and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 179, n. 3, p. 708-714, 1998.
- VIEIRA, M. F. R. *Tópicos relacionados com a infecção pelo HIV na gestação e infância*. Disponível em: <www.cfm.org.br/revista/vio1v1/topicos.html>. Acesso em: [2002?].
- VILLELA, Wilza; DINIZ, Simone. *A Epidemia da Aids entre as mulheres: aprendendo a enfrentar o desafio*. São Paulo: NEPAIDS; CFSS, 1998.
- WADE, N. A. et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine*, v. 339, p. 1409-1414, 1998.
- WARNER, L. et al. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an urban southeastern hospital. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 28, n. 2, p. 92-98, 2001.
- WEBBER, M. P. et al. Pilot study of expedited HIV-1 testing of women in labor at an inner-city hospital in New York City. 2001, *Am J of Perinatol*, v. 18, n. 1, p. 49-57, 2001.
- WIKTOR, S. Z. et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial. *Lancet*, v. 353, p. 781-788, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1

USO DO PARTOGRAMA NO ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE PARTO (MS, 2001)

Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.

A forma mais comum de montagem do partograma utiliza-se de papel quadriculado, colocando na abscissa (eixo X) o tempo em horas e, nas ordenadas (eixo Y), em centímetros, a dilatação cervical à esquerda e a descida da apresentação à direita. Para a descida da apresentação, considera-se o plano zero de De Lee ou o correspondente plano III de Hodge – espinhas ciáticas no estreito médio da bacia – acima deste ponto estão os valores negativos e abaixo os positivos de De Lee ou, respectivamente, os planos I, II e IV de Hodge (VER O PARTOGRAMA NO ANEXO 5).

Partograma em papel quadriculado: – Marcadores dos eixos X (abscissa) e Y (ordenadas), com os planos de De Lee e de Hodge

Somente quando a curva da dilatação cervical atinge a linha de ação é que a intervenção médica torna-se necessária, na tentativa de melhorar a evolução do trabalho de parto e corrigir possíveis distócias que possam estar se iniciando. Isto não significa necessariamente conduta cirúrgica.

Para a construção do partograma, algumas observações são necessárias, exigindo da equipe uma padronização completa:

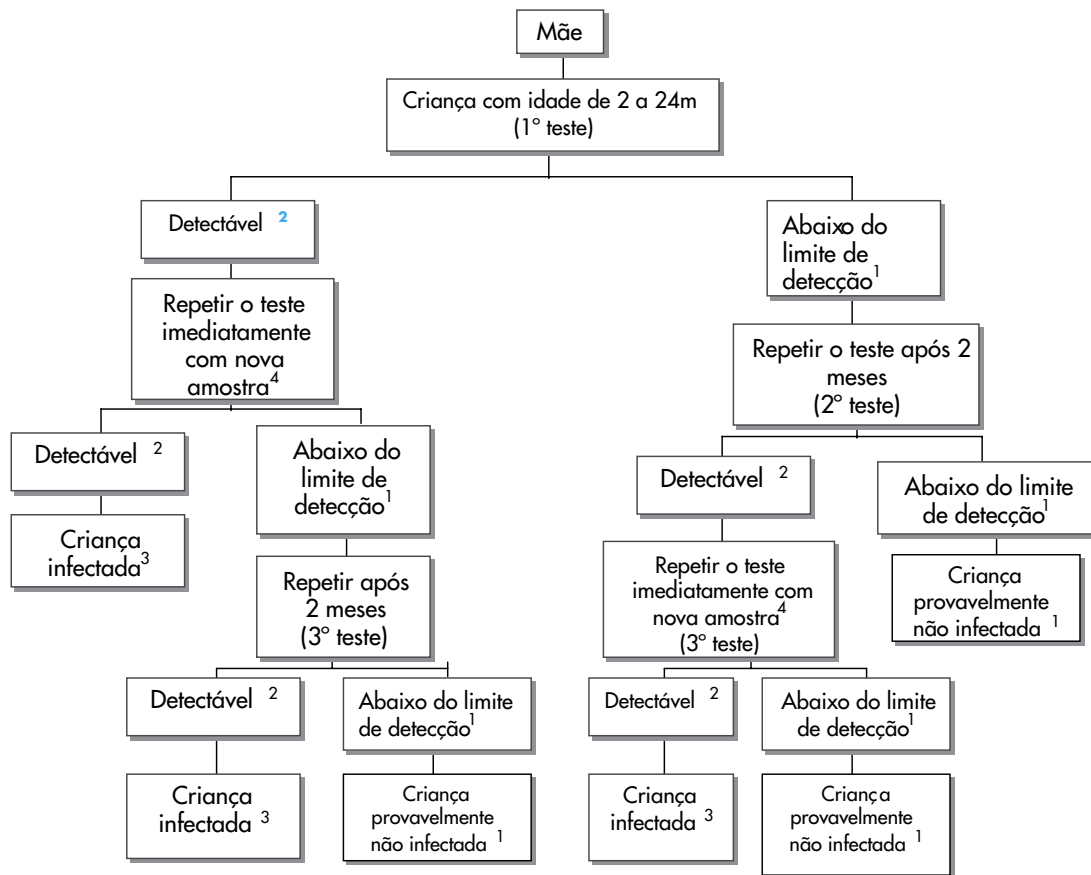
1. no partograma cada divisória corresponde a uma hora na abscissa (eixo x) e a um centímetro de dilatação cervical e de descida da apresentação na ordenada (eixo y);
2. inicia-se o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (duas a três contrações eficientes em 10 minutos, dilatação cervical mínima de 3 cm). Em caso de dúvida, aguardar 1 hora e realizar novo toque: – velocidade de dilatação de 1 cm/hora, verificada em dois toques sucessivos, confirma o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto;
3. realizam-se toques vaginais subseqüentes, no mínimo a cada duas horas, respeitando em cada anotação o tempo expresso no gráfico. Em cada toque deve-se avaliar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição e as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico, quando a bolsa estiver rota – por convenção, registra-se a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e respectiva variedade de posição são representadas por uma circunferência;
4. o padrão das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais, a infusão de líquidos e drogas e o uso de analgesia devem ser devidamente registrados;

5. A dilatação cervical inicial é marcada no ponto correspondente do gráfico, traçando-se na hora imediatamente seguinte a linha de alerta e em paralelo, quatro horas após, assinala-se a linha de ação, desde que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto (Phillpott & Castle, 1972).

Na ficha de acompanhamento do trabalho de parto, além das anotações referentes à cérvico-dilatação (partograma), podem também ser registradas a frequência cardíaca fetal (FCF), as características das contrações uterinas, as condições da bolsa das águas e líquido amniótico, a infusão de líquidos e as especificações da analgesia .

ANEXO 2

Fluxograma para utilização de testes de quantificação de RNA visando a detecção da infecção pelo HIV em crianças com idade entre 2 meses e 2 anos, nascidas de mães infectadas pelo HIV



(1) Manter o acompanhamento clínico nas crianças consideradas como provavelmente não infectadas, de acordo com as recomendações estabelecidas, e fazer sorologia anti-HIV entre 18 e 24 meses de idade, conforme Portaria n. 488/98/SVS/MS. Caso a criança tenha sido amamentada, o presente algoritmo deve ser iniciado 2 meses após a suspensão do aleitamento materno, visando minimizar a ocorrência de resultados falsos-negativos.

(2) Este fluxograma foi elaborado para o uso de testes de detecção quantitativa de RNA, e o resultado do exame deve expressar o valor de carga viral encontrado na amostra. Valores até 10.000 cópias/ml sugerem resultados falsos-positivos e devem ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação em um intervalo de 4 semanas.

(3) Iniciar o tratamento, considerando os parâmetros clínicos e laboratoriais, de acordo com as recomendações estabelecidas.

(4) Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostra, bem como a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor espaço de tempo possível.

A doença pode se manifestar de uma maneira rápida, levando ao óbito em insuficiência respiratória aguda, justificando a indicação de profilaxia primária. Como por crianças menores de 12 meses os níveis de células T-CD+ não costumam guardar relação com a pneumocistose,

(a) A droga de escolha é a associação sulfametoxazol-trimetoprima. Drogas alternativas são a dapsona e a pentamidina parenteral ou inalatória.

EQUIPE TÉCNICA

O presente material é de autoria da Coordenação Nacional de DST/ Aids em parceria com as Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Nutrição do Ministério da Saúde e contou com os seguintes colaboradores:

- Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos** – Unidade de Diagnóstico, Assistência e Tratamento CN-DST/Aids.
- Antonio do Amaral Batista** – Hospital Femina de Porto Alegre, RS.
- Bernadete Nardo Teodoro** – Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, PR.
- Carmem de Barros Correia Dhalia** – Unidade de Epidemiologia CN-DST/Aids.
- Carmem Lúcia Oliveira da Silva** – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.
- Cristina Alvim Castelo Branco** – Unidade de Treinamento CN-DST/Aids.
- Cristine Ferreira** – Unidade de Diagnóstico, Assistência e Tratamento CN-DST/Aids.
- Daisy Maria Machado** – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, SP.
- Déa Suzana Miranda Gaio** – Sociedade de Ginecologia do Rio Grande do Sul.
- Débora Cristina Bertussi** – Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos, MS.
- Denise Serafim** – Unidade de Prevenção CN-DST/Aids.
- Eduardo Campos de Oliveira** – Unidade de Diagnóstico, Assistência e Tratamento CN-DST/Aids.
- Edvaldo da Silva Souza** – Instituto Materno Infantil de Pernambuco, PE.
- Eliane Maria Fleury Seidl** – Universidade de Brasília.
- Elizabete Franco Cruz** – Grupo de Incentivo à Vida e Fórum ONG Aids, SP.
- Geralda Maria Bauer Pereira Rigotti** – Coordenação Estadual DST/Aids Rio Grande do Sul.
- Helaine Maria B.P. Mayer Milanez** – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, SP.
- Karina Wolfenbuttel** – Centro de Referência e Treinamento da Coordenação Estadual DST/Aids São Paulo, SP.
- Kelva Aquino** – Área Técnica de Nutrição, MS.
- Larissa Polejack Brambatti** – Unidade de Treinamento CN-DST/Aids.
- Liliana Pittaluga Ribeiro** – Unidade de Prevenção CN-DST/Aids.
- Ludia Genovese Goulart Mondini** – Centro de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre, RS.
- Luiza de Paiva Silva** – Unidade de Treinamento CN-DST/Aids.
- Luiza Harunari Matida** – Coordenação Estadual DST/Aids São Paulo, SP.
- Márcia Lucas** – Área Técnica da Saúde da Mulher, MS.
- Marcos Machado D'Ippolito** – Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, RJ.
- Maria Aparecida da Silva** – Centro de Referência e Treinamento da Coordenação Estadual DST/Aids São Paulo, SP.
- Maria Célia Cervi** – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP.
- Maria Helena Macedo** – Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros, Recife, PE.
- Maria Rodrigues Nagy** – Área Técnica da Saúde da Mulher, MS.
- Maria Zilda de Aquino** – Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP.
- Marisa Pacini Costa** – Secretaria de Saúde do Distrito Federal, DF.
- Mauro Siqueira** – Assessoria de Comunicação CN-DST/Aids.

Miguel Ângelo Bersani – Centro de Referência e Treinamento da Coordenação Estadual DST/Aids São Paulo, SP.
Renata Ferreira Takahashi – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP.
Rosa Maria de Souza Aveiro Ruocco – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Casa da Aids, SP.
Rosana Campos da Fonseca – Hospital Femina de Porto Alegre, RS.
Roseana Viana – Área Técnica de Nutrição, MS.
Rozidaili Santana – Unidade de Epidemiologia CN-DST/Aids.
Rubens Oliveira Duda – Grupo de Incentivo à Vida, SP.
Sandra Maria Nora Bueno – Coordenação Estadual DST/Aids Rio Grande do Sul, RS.
Silvana Solange Rossi – Unidade de Treinamento CN-DST/Aids.
Sílvia Helena R. Tavares – Centro de Referência e Treinamento da Coordenação Estadual DST/Aids São Paulo, SP.
Silvia Vargas de Andrade – Centro de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre, RS.
Valéria Saraceni – Programa de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, RJ.
Wania Maria do Espírito Santo Carvalho – Hospital Universitário/Universidade de Brasília, DF.



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Reprodução fiel do conteúdo original
(Ficha catalográfica, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, outubro de 2003
OS 1233/2003