

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

TATIANE ANTONIETA ALVES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL
DA GESTANTE HIV+**

**PATOS DE MINAS
2011**

TATIANE ANTONIETA ALVES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL
DA GESTANTE HIV+**

Monografia apresentada a Faculdade de Patos de Minas com requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho

**PATOS DE MINAS
2011**

658.15 ALVES, Tatiane Antonieta
732a Assistência de Enfermagem no Pré- Natal da gestante
HIV+/Tatiane Antonieta Alves
Orientadora: Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho.
Patos de Minas: [s.n.], 2011.
43p.

Monografia de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM
Curso de Bacharel em Enfermagem

1.Gestante 2.HIV/AIDS 3. Pré-natal 4.Assistência de
EnfermagemI.Tatiane Antonieta Alves II.Título

TATIANE ANTONIETA ALVES

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DA
GESTANTE HIV+

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientador:

Prof. Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. Margareth Costa e Peixoto
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Ms. Fabrícia Alves Vieira
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho aos meus pais, aos meus irmãos e meu namorado pelo incentivo, cooperação e apoio; por compartilharem os momentos de tristezas e de alegrias, nesta etapa, que com a graça de Deus, está sendo vencida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pela oportunidade do conhecimento e experiência adquiridos durante essa trajetória e por mais um sonho realizado.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e me incentivaram em meus objetivos e sonhos.

A minha irmã por estar ao meu lado e torcendo por mim.

Em especial ao meu irmão que mesmo não estando presente sei que esta muito feliz e com muito orgulho da minha conquista.

A meu namorado, meus amigos e colegas de trabalho, aos meus professores que dividiram comigo seus conhecimentos, em especial a minha orientadora que me acompanhou durante esse projeto, aos meus colegas de curso enfim a todos que de uma forma direta ou não torceram por mim.

A todos o meu muito obrigada.

*Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida
Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós, algo de uma criança*

Titãs

RESUMO

Os casos de AIDS em crianças estão relacionadas a transmissão do HIV da mãe para o filho que adquirem esse vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou por meio da amamentação. Considerando que uma abordagem adequada e completa a mulher HIV positiva durante o pré-natal, o parto e o puerpério é capaz de reduzir os riscos materno-infantis. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as medidas de prevenção da transmissão materno fetal do HIV e a assistência de enfermagem prestada a essa gestante. A presente pesquisa foi realizada através de revisão bibliográfica, na forma de estudo descritivo qualitativo, baseada em fontes como livros textos, artigos eletrônicos expostos em bancos de dados. Mostra o que é HIV e os meios de infecção, em destaque a mulher portadora do vírus. Evidencia o cuidado pré-natal e a terapia ante-retroviral oferecida a essa mulher durante seu período de gestação, ressalta a atuação do enfermeiro levando informações a gestante. Através da realização desta pesquisa, concluí-se que a mulher portadora do vírus HIV pode e tem o direito de ter uma gestação segura com risco de transmissão minimizado, através da realização do pré-natal. Onde o enfermeiro tem um papel fundamental levando orientações a essa gestante dando segurança e informações com conhecimento técnicos e científicos.

Palavras-chaves: Gestante. HIV/AIDS. Pré-natal. Assistência de Enfermagem

ABSTRACT

AIDS cases in children are related to HIV transmission from mother to child, who acquires the virus during pregnancy, during labor or through breastfeeding. Although a proper and thorough approach to HIV positive women during the prenatal, childbirth and postpartum women is capable of reducing maternal and infant risk. This research is aimed at identifying measures for the prevention of maternal-fetal transmission of HIV and the nursing care provided to the pregnant woman. This research was conducted through literature review, in the form of a qualitative and descriptive study, based on sources such as textbooks, articles available in electronic databases. It shows what HIV is and means of infection, highlighting the woman carrying the virus. Relates the prenatal care and ante-retroviral therapy offered to this woman during gestation, emphasizes the role of nurses in informing pregnant women. Through this research, I concluded that the woman with the HIV virus can and has the right to have a safe pregnancy with risk of transmission minimized through the implementation of prenatal care. Where the nurse has a key role directing pregnant woman, and sharing technical and scientific knowledge.

Keywords: Pregnancy. HIV / AIDS. Prenatal care. Nursing Care

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antiretroviral
AZT	Azidotimidina
DNA	ácido desoxirribonucléico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELISA	Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
RNA	Ácido ribonucléico
SISPRE-NATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antiretroviral
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DEFINIÇÃO DO PERÍODO GESTACIONAL E DO VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA	12
2.1	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	12
2.2	Meios de transmissão	15
2.3	Evolução da gestação	16
2,4	Programas de Pré-Natal	17
3	MEIOS DE PREVENÇÃO A TRANSMISSÃO VERTICAL EM GESTANTES HIV⁺	21
3.1	Importância da Assistência Pré-Natal	21
3.2	Transmissão materno-fetal	23
3.3	Tratamento proposto para gestantes HIV⁺	25
4	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE HIV⁺	28
4.1	Dificuldades emocionais encontradas pelas gestantes HIV⁺	28
4.2	Intervenções dos profissionais de saúde diante a gestante	27
4.3	O papel do enfermeiro diante a gestante HIV⁺	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

No Brasil os casos de AIDS em crianças estão relacionadas a transmissão do HIV da mãe para o filho que adquirem esse vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou por meio da amamentação. Considerando que uma abordagem adequada e completa a mulher HIV positiva durante o pré-natal, o parto e o puerpéra é capaz de reduzir os riscos materno-infantis a níveis muito próximo aos de gestantes não infectadas, a freqüência da condição, a possibilidade de intervenções efetivas e a necessidade de reverter a discriminação sofrida por estas mulheres, justificam esta decisão. As mulheres com HIV merecem como todas as mulheres um tratamento humanizado e tecnicamente correto, desde o pré-natal. O Ministério da Saúde recomenda que seja oferecido o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós teste independentemente da situação de risco da mulher para infecção pelo HIV. Neste intuito para que inicie o uso de AZT o mais precocemente possível.

Com o número crescente de mulheres infectadas em idade reprodutiva, as gestantes portadoras do HIV constituem uma situação especial para a assistência pré-natal, tanto em relação ao desenvolvimento da gestação e do feto, quanto em relação aos aspectos psicológicos, sociais e familiares. Existem vários aspectos a serem observados, uma vez que o assunto evolui à medida que as pesquisas acrescentam novos conhecimentos.

Uma das grandes dificuldades da doença é a terapêutica que apesar de apresentar alguns medicamentos que melhoram o prognóstico do paciente, ainda não existe cura. As mulheres portadoras do HIV e da doença acabam por temer a transmissão do vírus ao recém nascido durante a gestação.

Por considerar índice de mulheres que manifestam a doença durante o período fértil, tendo uma vida sexual ativa, levando em questão a gravidez de risco e as medidas a serem tomadas durante a gestação e por conhecer uma paciente que se encontra nessa situação, desde então foi despertada a curiosidade da pesquisadora pelo presente tema.

O tema que foi abordado nesta pesquisa é relevante e importante para os profissionais da área da saúde e para familiares e pacientes portadoras do HIV+para

orientar quanto aos cuidados e limitações de uma gestante HIV+; diminuindo conseqüentemente o risco de contaminação dos bebês nesse sentido é uma fonte de leitura e pesquisa aos interessados.

Este trabalho teve como objetivos, conhecer sobre as limitações que a doença leva a gestante, ressaltando a importância do trabalho da enfermagem como assistência durante o tratamento e acompanhamento no pré-natal, uma vez que para o enfermeiro cuidar da gestante portadora do HIV é preciso desenvolver uma ação assistencial fundamentada e pautada em conhecimento científico e técnico, advindos de sua formação generalista, além de comportamento moral e ético, consciência individual e coletiva, requisitos essenciais para o desempenho da função. Portanto, os serviços de saúde devem estar organizados para esse atendimento, juntamente com a enfermeira obstetra e os outros profissionais da equipe pré-natal, que deverão estar diretamente envolvidos na busca de soluções para as transformações que a infecção pelo HIV manifesta para a saúde da gestante, do feto e da família.

Para realização deste estudo foi realizada uma revisão bibliográfica onde foi utilizado livros, artigos, periódicos, internet, buscando os autores e pesquisadores de maior relevância no período de 2000 a 2011, sendo constituído em 3 capítulos.

O primeiro capítulo define o que é HIV e os meios de transmissão descreve também a gestação e os programas do ministério da saúde oferecidos a gestante.

No segundo fala sobre a prevenção da transmissão vertical, o tratamento proposto a gestante.

No terceiro fala sobre as dificuldades encontradas pela gestante HIV+, a assistência prestada pela equipe de enfermagem a gestante.

O estudo teve uma grande importância no aumento de meus conhecimentos e para os demais profissionais de saúde para melhor atender as necessidades dessa gestante.

2 DEFINIÇÃO DO PERÍODO GESTACIONAL E DO VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA

2.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi relatada como patologia nova em 1981, a partir de casos de pneumonia e de sarcoma em homens que eram saudáveis e todos homossexuais. No ano de 1983 foi evidenciado o agente etiológico, um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

Desde sua descoberta, a AIDS sofreu inúmeras mudanças conceituais. Antes as pessoas infectadas tinham em comum o fato de serem jovens, saudáveis, grande parte homossexual e alguns usuários de drogas endovenosas. Pouco tempo depois, a AIDS já não era restrita ao grupo dos homossexuais ou bissexuais, sendo identificados casos entre usuários de drogas endovenosas, hemofílicos, parceiros heterossexuais de portadores do HIV e receptores de sangue ou seus derivados (VAZ e BARROS; *apud* MARIN *et al.*, 1991)

O HIV é um lentivírus, pertence à família dos retrovírus e apresenta tropismo seletivo para o sítio receptor CD4⁺ do linfócito T humano, levando a alterações do sistema imunológico, defeitos na imunidade celular em consequência da redução do número de células T, da destruição celular e de defeitos qualitativos no seu funcionamento (TURGEON, 1996 *apud* VAZ e BARROS, 2000 p.41).

A infecção pelo vírus é um conjunto clínico com características diferenciadas na classe das doenças infectocontagiosas, causando imunossupressão crescente com consequência de um grande desequilíbrio imunológico, levando ao surgimento das infecções oportunistas, neoplasias, demência e caquexia. Já a AIDS é o conjunto de manifestações clínicas na fase aguda da infecção (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

O HIV pertence ao grupo de vírus descritos como retrovírus, sendo patógenos intracelulares que carregam seu material genético na forma de ácido ribonucléico (RNA) no lugar de ácido desoxirribonucléico (DNA). O HIV contém um núcleo viral com o RNA viral, envolvido por um envelope que é composto por glicoproteínas em elevação, para que o vírus possa penetrar na célula alvo, a membrana do envelope viral para se fundir com a membrana plasmática da célula, processo auxiliado pelas glicoproteínas do HIV. A fase que mais deixa dúvidas sobre o ciclo do HIV é o que acontece logo após a entrada do núcleo viral na célula CD4⁺ hospedeira. As proteínas do HIV, gp120 e gp41 se ligam à superfície da célula CD4⁺ não infectada, se fundem com a membrana celular, então o conteúdo do núcleo viral é despejado na célula hospedeira, processo conhecido como “desenvolvimento” e depois a enzima transcriptase reversa do HIV copia o material do vírus pelo RNA no DNA de filamento duplo. O DNA de filamento duplo se une ao DNA celular pela ação da enzima integrase, enzima também do HIV. O DNA já integrado ou provírus sendo como uma matriz, a célula produzirá novas proteínas virais e o RNA viral. A protease do HIV cliva novas proteínas, ou seja, as poliproteínas que se unem ao RNA viral em novas partículas virais as mesmas surgem das células e começam novamente o processo (SMELTZER *et al*; 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, o vírus HIV-1 e HIV-2, retrovírus com genoma RNA, da família *Lentiviridae*, pertencem ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos, que para multiplicar necessita de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma copia DNA, podendo então integrar-se ao genoma do hospedeiro. Bastante hábeis no meio externo, estes vírus são inativados por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio, glutaraldeído) (BRASIL; 2004).

Entretanto é importante diferenciar o portador sintomático do assintomático que também tem capacidade de transmitir o vírus. O portador assintomático esta em uma fase em que a pessoa não apresenta outros sintomas além de linfadenomegalia generalizada e persiste em dois ou mais sítios extra inguinais, tal que o tecido linfóide funciona como seu principal reservatório, pois contém uma alta concentração de vírus em estado latente. A multiplicação viral consiste de destruição maciça de células CD4⁺, que são denominadas linfócitos auxiliares, levando a perda da defesa imunológica. Isso explica a importância da contagem das células, para estabelecer

o prognóstico e o grau de comprometimento do sistema imune do hospedeiro. Essa fase pode durar em média 10 anos (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005), o tempo entre a exposição ao HIV e o aparecimento dos sintomas na fase aguda, e de cinco a trinta dias. O período de latência clínica, após a infecção aguda até o desenvolvimento da imunodeficiência é longo e varia de indivíduo para indivíduo (BRASIL; 2005).

A infecção sintomática inicial com sinais e sintomas tais como fadiga, perda de peso, febre intermitente, sudorese noturna, diarreia, candidíase e leucoplasia pilosa, podem surgir nessa fase e inclui condições clínicas, mas não indicadora da AIDS. A AIDS evidencia-se por contagem de linfócitos TCD4⁺ abaixo de 200 células/mm³ sendo associadas a doenças encontradas em pacientes com grave disfunção imune celular (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

Segundo o Ministério da Saúde de novembro de 2006, que de 1980 a junho de 2006 havia notificado 290.359 casos de AIDS entre homens e 141.950 em mulheres, porém a porcentagem dos casos adquiridos por contato heterossexual é de uma relevância maior em mulheres do que em homens, supondo que a transmissão do vírus do homem para mulher seja mais fácil, por duas razões: a concentração do HIV no sêmem é alta e o sexo causa mais danos a mucosa vaginal do que na pele do pênis (BASTOS; 2006).

A vulnerabilidade das mulheres à AIDS está associada a uma lógica cultural da sexualidade, traduzida na submissão sexual das mulheres aos homens e na repressão sexual que permeia a educação das meninas, que, por sua vez, é constituída com base em mitos e preconceitos delimitados por gênero, sexo, opção sexual, classe e raça. Esses fatores interferem diretamente na prevenção e controle da epidemia, uma vez que dificultam a negociação do uso de preservativos e geram constrangimento na abordagem sobre sexo e saúde sexual (SOUZA e ANDRADE; 2003 *apud* SILVA, ARAUJO, PAZ; 2008).

O HIV é transmitido por via sexual, sanguínea, materno fetal e aleitamento exclusivo, e as manifestações do vírus dependem do sistema imunológico de cada indivíduo, sendo que os sinais clínicos da doença não são definidores da patologia, pois são doenças oportunistas que se manifestam devido a fragilidade do sistema imunológico.

2.2 Meios de transmissão

Nos primeiros estudos sobre a nova doença e seu agente etiológico, o ato sexual foi identificado como uma importante via de transmissão do HIV. No início da epidemia a transmissão homossexual era predominante, porém nos dias atuais, a heterossexual é a forma de transmissão viral em destaque, o que tem levado a um maior risco, as mulheres com vida sexual ativa (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005), o HIV pode ser transmitido pelo sangue (via parenteral e vertical), esperma, secreção vaginal (via sexual) e leite materno (via vertical). O indivíduo infectado pode transmitir o HIV durante todas as fases da infecção, risco esse, proporcional a magnitude da viremia, principalmente na infecção aguda e doença avançada. Além dos estádios clínicos acima mencionados, os processos infecciosos e inflamatórios favorecem a transmissão do HIV.

O sangue e hemoderivados podem transmitir o vírus, porém, o risco associado às transfusões foi minimizado em consequência da obtenção de uma história de saúde detalhada, e a realização de diversos exames como o teste para anticorpos HIV1 e HIV2. O risco que se tem é que o sangue possa ter sido doado durante o período da “janela imunológica”, ou seja, bem no início da infecção, onde o vírus pode ainda não ser detectado, dando um resultado falso negativo. Esse período é o intervalo de tempo entre a infecção imediata pelo HIV e o desenvolvimento de anticorpo positivo para HIV. Os anticorpos podem ser detectados cerca de 3 a 6 meses após a infecção, porém o período da janela pode durar até 1 ano.

A transmissão materna fetal pode ocorrer no útero durante a gestação, durante o parto ou no aleitamento materno. Acredita-se que a maioria das infecções ocorra durante o trabalho de parto (SMELTZER *et al*; 2008).

Os riscos de transmissão do vírus por via sanguínea é quase nulo e a transmissão materna fetal só ocorre se a mãe não detectar a infecção por via sexual.

2.3 Evolução da gestação

Gestação é um fenômeno fisiológico com alterações físicas e emocionais levando em consideração as mudanças que ocorrem nas mulheres. Durante esse período, a gestação não deve ser vista como algo anormal, pois na maioria das vezes evolui sem complicações. Há uma parcela dessas gestações que evolui com complicações para mãe e para o bebê (RIBEIRO; 2004).

As alterações fisiológicas encontradas na gestante são decorrentes dos fatores hormonais e mecânicos e devem ser consideradas normais durante o período gravídico, enquanto forem pequenos os sintomas da paciente. A postura da mulher muda por diversos fatores, incluindo a expansão do volume uterino, as mamas dilatadas e endurecidas. Isso faz com que todo o corpo se jogue para traz involuntariamente e, então a gestante passa a ter passos curtos com semelhança de ganso. No metabolismo também ocorre alterações, que são necessárias para o amadurecimento e desenvolvimento do feto durante a gestação, como as mudanças de energia e o acúmulo de gordura. O aumento de gordura acontece até a 30ª semana, porém no decorrer da gestação, a mulher poderá ganhar até 13 kg (MONTENEGRO; 2008).

A gravidez e a maternidade são fenômenos biológicos singulares, que abrangem dimensões culturais, históricas, sociais e afetivas, integrando a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Ainda que a gravidez ocorra no corpo feminino, seus significados são construídos com base na experiência humana, muito importante com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam (OLIVEIRA; 2008).

De acordo com Montenegro (2008), durante a gestação ocorrem também alterações em outros sistemas como no urinário, onde grande parte das gestantes tem dilatação dos ureteres e pelve renais. Esse fato ocorre logo no início, ou seja, nas primeiras 10 semanas de gestação, há uma maior predisposição a infecção urinária, em consequência do fluxo da urina retardado. O sistema respiratório também tem suas alterações, levando em consideração que o volume sanguíneo altera e ocorre uma vasodilatação, causando hiperemia e edema nas vias respiratórias superiores, modificações que causam congestão nasal e até epistaxe,

por causa do relaxamento dos ligamentos das costelas o ângulo subcostal que têm um aumento de 70° para 100°.

Segundo Barros (2009), quase metade das mulheres, apresentam náuseas no início da gestação e a outra parte apresenta um grau variável de náuseas e vômitos. Essas sensações de náuseas aparecem pela manhã ao acordar persistindo por algumas horas. Surgem pela sensibilidade da mulher aos níveis aumentados de estrógenos e gonadotrofina coriônica, associados ao emocional e a redução da motilidade gástrica. As náuseas aparecem geralmente duas semanas após a ausência do período menstrual, e se elas estão associadas a vômitos excessivos permanente por um longo período pode até afetar a saúde da gestante.

O aparecimento de náuseas e vômitos no 1° trimestre de gestação levando a uma anorexia é variável em alguns casos, há mulheres que relatam melhora no apetite, e dizem sentir “desejos” por certos alimentos (MONTENEGRO, 2008).

Essas dificuldades seriam ainda maiores se a mulher não tivesse o apoio de uma equipe multiprofissional e uma atenção especializada que entra no pré-natal. O pré-natal tem como objetivo desenvolver um recém nascido saudável, e diminuir as grandes taxas de mortalidade infantil. O pré-natal surgiu como uma forma de puericultura intra uterina com objetivo de cuidar da qualidade de vida das crianças nascidas e da mulher (BRASIL; 2005).

A gestação não é uma doença, e sim um fenômeno fisiológico que ocorre no corpo da mulher associado a um contexto sociocultural. Normalmente a evolução da gestação, ocorre sem intercorrência e pode ocorrer algum desconforto para a mulher.

2.4 Programas de Pré-Natal

No Brasil no ano de 2000 foi criado um programa de humanização do pré-natal para que todas as mulheres tivessem atenção igual. Esse programa veio após anos da instituição do (PAISM), Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, PAISM foi criado em 1983 e implantado em 1984. O programa tinha como objetivo melhorar os serviços de saúde para atender as necessidades da mulher,

com objetivo de qualificação junto a uma equipe multiprofissional. (ANDREUCCI, CECATTI; 2011).

A implantação do PAISM proporcionou crescimento de vários quesitos no atendimento pré-natal propondo uma atenção total a mulher não só no ciclo gravídico puerperal, tendo como prioridade a atenção pré-natal ao parto e puerpério, atenção à saúde da mulher, da adolescência a terceira idade, controle de DSTs, câncer do colo uterino e mamário, assistência a concepção e contracepção capacitando profissionais de saúde criando novas praticas de assistência (OSIS; 1998).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN/2000; Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000) do Ministério da Saúde foi criado com o objetivo declarado de garantir a qualidade do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido. Quanto à assistência à gestação, o PHPN/2000 determina os parâmetros de acesso e frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares básicos. No entanto, o programa não cita as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação (BRASIL, 2007).

De acordo com Andreucci e Cecatti (2011), o PHPN que veio com intuito de diminuir a mortalidade materna e perinatal, tinha ênfase para o cuidado obstétrico com a melhora na qualidade do atendimento, repassando uma verba para os municípios como forma de incentivo, para que a gestante fosse captada logo no início da gestação. De acordo com o programa, o pré-natal teria que ter no mínimo seis consultas, preferencialmente sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. Com solicitações de exames de rotina no mínimo duas vezes, teste de HIV, imunização contra tétano e logo após o parto uma consulta puerperal.

O cuidado no pré-natal possibilita a estreita relação dos serviços de saúde, com ações como promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos problemas de saúde da gestante e do feto. Dessa maneira, há atenção pré-natal adequada para saúde materna e neonatal (BRASIL, 2007).

O SISPRE-NATAL é um programa de informações eletrônicas com dados sobre o acompanhamento e monitoração pré-natal das gestantes atendidas pelo SUS, com objetivo de obter informações sobre a saúde durante a gestação, parto e

puérpero. O PHPN teve uma iniciativa sem precedentes na saúde pública do Brasil, estabelecendo um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante a gestação (ANDREUCCI e CECATTI; 2011).

O cuidado pré-natal tem que ser estruturado em uma rede de serviços estaduais e municipais com atenção obstétrica e neonatal e com mecanismos de referencia e contra referencia dentro das atividades, as quais podemos exemplificar: vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal nas maternidades e hospitais, captação precoce na comunidade, atendimento garantido a todas as gestantes que busquem os serviços de saúde e realização de exames complementares necessários. (BRASIL, 2006)

O sistema de informação SISPRENATAL (sistema eletrônico para a coleta de informações sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS) foi o instrumento criado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para coleta de dados sobre o pré-natal em nível nacional no contexto do PHPN. Como instrumento de gestão, ele permitiu que, pela monitoração do cumprimento das ações mínimas essenciais contempladas no programa, houvesse a implementação de repasse de verbas aos municípios que cumprissem os requisitos mínimos recomendados. Esse seria o estímulo financeiro para incrementar o cumprimento das metas estabelecidas. A disponibilização de recurso financeiro para investimento em individualização de medidas em nível regional é fundamental na organização do cuidado, além da qualidade do serviço de saúde 5,6. Hoje, mais do que o monitoramento nacional da atenção obstétrica, o SISPRENATAL visa obter informação em saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, ação fundamental para avaliação do cuidado em diferentes contextos. As informações obtidas, se realmente precisas, podem refletir o diverso panorama da saúde materna no Brasil, permitindo investimentos em nível local, regional e universal, com especificações para cada grupo populacional ou contexto social. (ANDREUCCI, CECATTI, 2011 p.1054).

O PN-DST/AIDS (Programa Nacional de DST/AIDS) sugere a realização do teste anti-HIV com orientações para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Ressalta a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional (SILVA, ARAUJO, PAZ; 2008).

Medidas de saúde como o cuidado pré-natal, possibilitam a estreita relação dos serviços de saúde com sua clientela, executando ações como promoção da saúde, educação, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de problemas de saúde que afetam a gestante e o feto. Desta forma, uma atenção pré-natal adequada é fundamental para a saúde materna e neonatal (ROCHA, 2004).

Deve ser garantido em seu próprio município ou em outro de referência, o encaminhamento das gestantes de alto risco para acompanhamento ambulatorial e hospitalar especializado, para ter atenção qualificada e humanizada de recursos básicos de assistência adequada e recursos humanos. (OSIS; 1998).

Os momentos de atendimento à mulher são espaços oportunos para a realização do aconselhamento e para o acompanhamento e apoio às medidas preventivas. Um desses espaços importantes é o atendimento pré-natal, considerando que geralmente este é o primeiro contato com a atenção básica e que se deve estabelecer um vínculo entre a gestante e o profissional (SILVA, ARAUJO, PAZ; 2008, *apud*, BRASIL 2006).

Os programas de pré-natal são desenvolvidos para proporcionar a gestante a garantia de um pré-natal humanizado e com qualidade no atendimento. Fazendo com que as gestantes tenham direito a um tratamento completo com consultas e exames necessários e em caso de uma gestação de risco a gestante tenha o direito de uma referência onde possa ter um tratamento diferenciado.

3. MEIOS DE PREVENÇÃO A TRANSMISSÃO VERTICAL EM GESTANTES HIV⁺

3.1 Importância da Assistência Pré-Natal

O pré-natal é uma das ações programáticas em saúde que alcançou ampla magnitude no que diz respeito à saúde da população, principalmente na esfera da Saúde Pública. A partir do acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, observa-se importante diminuição de desfechos negativos como, mortalidade materna e infantil. Esses indicadores, por sua vez, refletem o estado de saúde da população de um modo geral (CARVALHO e NOVAES; 2004).

Para o Ministério da Saúde um programa de pré-natal de qualidade deve assistir à gestante de forma humanizada e atender às reais necessidades das mulheres ao longo da gestação e no puerpério, utilizando-se de todos os meios e conhecimentos científicos disponíveis. No Sistema Único de Saúde - SUS, a organização da assistência obstétrica está voltada para a organização e regulação da atenção à gestação, parto, pós-parto e ao recém-nascido, em todos os níveis de atenção. Desta forma é garantido o atendimento integrado, mantendo diálogo permanente com a população, tanto na unidade de saúde quanto nas ações comunitárias, além de captar precocemente as gestantes para o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL; 2006).

É recomendada a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Destaca-se a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional, a repetição da sorologia para HIV, ao longo da gestação ou na admissão para parto, deverá ser considerada em situações de exposição constante ao risco de aquisição do vírus ou quando a mulher se encontra no período de janela imunológica (BRASIL, 2004).

Silva; Araújo e Paz (2008) acreditam que, a realização do aconselhamento e da oferta do teste anti-HIV no pré-natal são de fundamental importância, pois

garantem à mulher o direito de informações e de tratamento com medicamentos anti-retrovirais, evitando a transmissão vertical do HIV.

Segundo Melo; Correa e Carvalho (2007), na assistência pré-natal, a gestante deve se submeter ao teste sorológico anti-HIV, que pode ser feito por ELISA e deve englobar a história atual e previa, abrangendo os aspectos clínicos e obstétricos da paciente, tendo uma atenção especial aquela gestante que não esteja recebendo todos os cuidados necessários, referente ao tratamento do HIV. A abordagem dos aspectos sociais e psicológicos dessas gestantes HIV⁺ é de grande importância para que essa mulher possa compreender a doença e as possíveis complicações que podem ocorrer durante a gestação.

Embora haja no Brasil a disponibilidade de testes e medicação profilática, as crianças continuam a ser infectadas. Isso se deve ao fato de que grande parte das gestantes chegam às maternidades sem terem frequentado o pré-natal e ao fato de que a cobertura do teste para a infecção pelo HIV durante o pré-natal ainda está abaixo de 40% no Brasil (LEMOS, GURGEL, FABBRO; 2005).

As falhas na triagem e na cobertura durante o pré-natal é um fato grave, uma vez que o mesmo impossibilita efetivamente a adoção precoce das medidas profiláticas. O alcance da meta de redução da transmissão vertical do HIV deve ser feita por meio do envolvimento da atenção básica, que representa a porta de entrada no sistema de saúde e normalmente é o local de procura da população para atendimento, especialmente mulheres grávidas para realizar o pré-natal (ARAÚJO *et al*; 2007).

Após vários anos de resistência à identificação sorológica das gestantes portadoras do HIV, parece haver consenso para generalizar essa medida, permitindo atendimento pré-natal diferenciado a estas mulheres e adoção de uma série de intervenções que, seguramente, resultam em benefícios maternos e perinatais, incluindo a redução da transmissão vertical do HIV. Sem saber quais pacientes precisam deste tipo de abordagem é impossível viabilizar tais estratégias e identificar essa gestante portadora do HIV (DUARTE, QUINTANA, BEITUNE; 2005)

3.2 Transmissão materno-fetal.

Os dados epidemiológicos mostram que o padrão de transmissão do HIV mudou no decorrer das décadas de 1980 e 1990. O aumento no número de casos de exposição heterossexual caracterizou-se por um aumento simultâneo no número de mulheres infectadas. Das mulheres infectadas, 85% estavam em idade reprodutiva, o que criou um importante potencial de transmissão vertical (AMARAL, *et al* 2007).

Segundo Araújo e Nogueira (2007), transmissão vertical, também denominada materno-infantil, é a principal via de infecção pelo HIV em crianças, estudos mostram que em media, 65% dos casos ocorre por transmissão vertical do HIV durante o trabalho de parto e no parto, enquanto que a transmissão intra-útero corresponde a 35% e que o aleitamento materno aumenta o risco de transmissão vertical do HIV em torno de 7% a 22%.

De acordo com Duarte; Quintana e Beitune (2005), determinar os períodos de maior probabilidade da transmissão do HIV e conhecer os fatores que aumentam as chances de sua ocorrência são exercícios de lógica simples, permitindo a intervenção de estratégias específicas que reduzem a transmissão de mãe para filho. Mesmo com evidências de que a transmissão ocorra em três períodos distintos (durante a gestação, periparto e pós-natal), ainda não se definiu a contribuição exata de cada um deles, mas não existem dúvidas de que o período periparto seja o mais importante. O sucesso na redução da transmissão desse vírus é diretamente proporcional à capacidade de implementação, não apenas das intervenções no período periparto, mas da implementação do conjunto de intervenções já conhecidas para esta finalidade, independente do período gestacional em que serão adotadas.

As doenças sexualmente transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comum em todo mundo, sendo que nos países em desenvolvimento, a transmissão vertical do HIV acaba por ter maior incidência, quando não há uma abordagem correta. A assistência pré-natal é um momento importante para diminuir a incidência de transmissão do HIV da mãe para o bebê, com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, durante a gestação muitas mulheres que estão

ao alcance dos serviços de saúde pública vão em busca de uma gravidez segura e sem complicações (BRASIL, 2007).

A transmissão materno-infantil do HIV é uma via de exposição de múltiplas causas e a influência dos fatores associados com a transmissão do vírus varia com as populações estudadas. A transmissão vertical do HIV pode ocorrer no período intra-útero, intraparto e após o parto através do aleitamento materno. A maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e durante o parto (60%-65%) e o restante da transmissão (35%-40%) no período intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, em estudos realizados em locais onde as mães não amamentaram seus bebês (NISHIMOTO; NETO; ROZMAN; 2005, p 54).

Segundo Araujo *et al* (2007), a epidemia da AIDS é um problema de grande magnitude que aumenta em todas as regiões do planeta. Ultimamente, dados epidemiológicos registram aumento de casos em mulheres, representando a possibilidade de transmissão vertical do HIV, que responde atualmente por mais de 80% dos casos de AIDS em crianças menores de 13 anos. O aumento de casos de AIDS em mulheres exigiu a implementação de medidas concretas de saúde pública, como a realização de exames para o diagnóstico de infecção pelo HIV, mediante testes anti-HIV durante a gestação, juntamente com a terapia anti-retroviral para gestantes e crianças expostas ao HIV, medida esta que evitou cerca de 6.000 novos casos em crianças de 1997 a 2001.

Segundo Silva; Araújo e Paz (2008), a realização do aconselhamento e da oferta do teste anti-HIV no pré-natal são de fundamental importância, pois asseguram à mulher o direito à informação e a receber tratamento e medicamentos anti-retrovirais, evitando a transmissão vertical do HIV na maioria dos casos.

O PN-DST/AIDS (Programa Nacional de DST/AIDS) recomenda a realização do teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Enfatiza-se a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional.

A taxa de transmissão vertical do HIV, atinge cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV+ quando não são tomadas as medidas necessárias de profilaxia, sendo reduzida a níveis entre 1 a 2% com atenção adequada durante o pré-natal, parto e puerpério. Essas intervenções são: o uso de anti-retrovirais, a partir da 14ª semana de gestação; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo, quando indicado; AZT oral para o recém-

nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2007).

Segundo Amaral *et al* 2007, a transmissão vertical diminuiu progressivamente nos países desenvolvidos, de 14% para 5%, inicialmente pelo maior acesso ao tratamento com zidovudina (AZT) e, posteriormente, com uso de terapia múltipla, aleitamento artificial rotineiro e parto cesáreo eletivo.

Em 1994, os resultados do Protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (PACTG 076) mostraram uma redução de 67,5% na transmissão vertical com o uso da zidovudina (o AZT) durante a gestação, trabalho de parto e o parto e pelos recém-nascidos. O uso de profilaxia com zidovudina oral deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação e continuar durante o trabalho de parto e parto até o clampeamento do cordão umbilical (BRASI, 2003).

3.3 Tratamento proposto para gestantes HIV⁺

O protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group*, é um estudo clínico publicado em 1994, no qual se demonstrou que a administração da Zidovudina para a mulher infectada durante a gestação, e o parto, também para o recém-nascido nas primeiras semanas de vida reduzia a transmissão materno-infantil.

O protocolo 076 representou um dos maiores avanços no combate da transmissão vertical, ao demonstrar que o uso de zidovudina às gestantes soropositivas reduziu mais de 50% o risco de transmissão perinatal do vírus. O protocolo define o esquema do uso de AZT durante a gestação, podendo ser usado conjugadamente com outros anti-retrovirais e ter pequenas adaptações. Com tudo, o protocolo ainda apresentou algumas limitações, porque foi verificado a redução do risco de transmissão vertical, porém isso não impediu totalmente a transmissão do vírus, mesmo porque; fatores imunológicos e a carga viral também influenciam na transmissão (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

Estudos clínicos e observacionais mostram que a transmissão vertical do HIV é muito pequena quando utilizados esquemas anti-retrovirais potentes, que reduzem drasticamente a carga viral materna do HIV levando em consideração

que alguns preceitos básicos devem ser considerados ao se iniciar a TARV na gestação (BRASIL, 2004).

Nishimoto *et al*(2005), acreditam que o fator contribuinte para a redução da transmissão vertical do HIV foi a promoção de intervenções que reduzam a carga viral materna. Uma dessas intervenções, foi a aplicação do protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group*, que foi publicado em 1994.

Em 2001, o Ministério da Saúde criou um comitê assessor que tem como principal objetivo, incorporar à política brasileira recomendações de uso de TARV em gestantes e outras diretrizes para a redução da transmissão vertical do HIV, onde riscos e benefícios materno-fetais são considerados e balanceados. Com isso, a partir desse ano, ficou estabelecido no Brasil, o uso de TARV potente (AZT combinado a dois outros ARV) em gestantes. De acordo com os resultados da avaliação do estado clínico, contagem do número de linfócitos T CD4⁺ e de quantificação da carga viral da gestante. Estabeleceu-se também, os critérios para a definição da via de parto com base nos níveis de carga virais maternos observados a partir da 34^a semana de gestação (VASCONCELOS e HAMANN; 2005).

As indicações da terapia anti-retroviral são apresentadas em diferentes cenários, levando em consideração alguns requisitos como a idade gestacional, a história prévia de exposição a TARV, a contagem de linfócitos T CD4⁺, as manifestações clínicas do HIV e a viremia plasmática (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

A escolha entre a nevirapina e o nelfinavir deverá considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a magnitude da carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e ao uso dos medicamentos. O nelfinavir é o mais indicado em idades gestacionais inferiores a 28 semanas e para mulheres com imunodepressão mais acentuada. Por outro lado, a nevirapina, atravessa melhor a barreira placentária e deve ser considerada nos casos de início de TARV em idade gestacional avançada. Entretanto, afraça barreira genética, dessa droga, para o desenvolvimento de mutações que conferem resistência a toda a classe dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos atualmente disponíveis, tornam seu uso arriscado em pacientes com carga viral elevada e/ou baixo potencial de adesão. O uso da nevirapina só é recomendável em esquema triplo, estando proscrito o seu uso como droga isolada (BRASIL, 2003 p 10)

A exposição fetal às drogas é influenciada por diversos fatores, entre eles, a concentração plasmática materna, a cinética de transferência transplacentária e o

metabolismo fetal e placentário. Estudos farmacológicos que avaliaram a concentração de nevirapina e dos inibidores de protease no parto, evidenciaram que as parturientes apresentam uma menor média de concentração dessas drogas quando comparadas à observada entre os demais indivíduos infectados pelo HIV. A terapia anti-retroviral combinada, está indicada para as mulheres grávidas que preenchem os critérios para o início do tratamento, visando o controle de sua infecção e a redução da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a posologia do AZT na gestante iniciada a partir da 14^a semana até o momento do parto é de 600 mg diárias, divididas em 2 ou 3 doses, de acordo com a recomendação médica. Na parturiente, deve-se usar AZT injetável, uma ampola de 200 mg com 20 ml, iniciando a medicação no início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.

A gestante HIV⁺ quando acompanhada no pré-natal, tem uma chance maior de ter um parto tranquilo sem oferecer riscos de contaminação ao bebê, tendo em vista que atualmente todas as unidades de saúde estão preparadas para prestar uma assistência integral a esta paciente.

4.ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE HIV⁺

4.1 Dificuldades emocionais encontradas pelas gestantes HIV⁺

A decisão de ter ou não um filho é determinada pelo significado que a mulher relaciona à maternidade, levando em consideração as condições objetivas e subjetivas vividas em determinado momento de sua vida. Portanto, esta decisão poderá mudar em função da importância e do sentido que a mulher atribui ao fato de ter um filho, quando analisado os riscos e os benefícios, as perdas e os ganhos, as dificuldades e as facilidades que deverá enfrentar ao assumir a gravidez. Mesmo nas situações em que a gestação não foi planejada, é inesperada ou inoportuna, a mulher tem a tendência para decidir pela sua evolução natural ou decisão determinada, justamente pelo sentido e pelo significado que atribui à própria experiência (MOURA, KIMURA, PRAÇA; 2010).

Segundo Moura e Praça (2006), estudos mostram que grande parte das mulheres tomam conhecimento da própria soropositividade quando descobrem que seu filho está infectado, ou durante a realização do pré-natal, parto e no pós-parto. Quando a gestante descobre que está infectada pelo HIV, experimenta uma situação dolorosa, pois, além de lidar com o próprio diagnóstico, ainda cogita da possibilidade de transmissão do vírus da AIDS ao filho que está gerando.

Para as mulheres, a gravidez e a maternidade sugerem expectativas sociais e culturais muito amplas que surgem no imaginário social, ligadas à saúde, à felicidade, à continuidade de sua vida, de sua família e da espécie. A gestação, em particular, induz um processo de introspecção e de preocupação da mulher para com a geração de uma criança saudável (MOURA, KIMURA, PRAÇA; 2010).

De acordo com Darmont *et al* (2010), as mulheres que não planejaram a gestação e que relutaram em aceitá-la, citam o número de filhos e problemas financeiros como os principais fatores na dificuldade de aceitação da gravidez. Esse período foi, muitas vezes, marcado por uma reação depressiva, que elas descreveram como: sono, desânimo, vontade de ficar deitada e tristeza. Alterações fisiológicas próprias do período, como náuseas, sonolência e tonteadas, podem

reforçar o quadro descrito por essas mulheres como “preguiça”, constituindo também um importante obstáculo para a procura do pré-natal.

Ao se deparar com a confirmação da soropositividade, as mulheres manifestam reações frente a esta descoberta. Num primeiro momento, estas reações demonstram-se sob a forma de sentimentos de desespero, atribuindo à infecção um fator determinante de sua sentença de morte, levando-as a analisar seus planos pessoais e familiares. Outro sentimento que emerge é o de inconformismo e indignação, particularmente para aquelas que não se consideravam como vulneráveis à infecção pelo o vírus (MOURA, KIMURA, PRAÇA; 2010).

Sabe-se que a infecção pelo HIV modula, mas não anula o desejo de ter filhos, observado em elevado percentual entre homens e mulheres infectados. Por outro lado, se nos anos 1980, a metade das crianças brasileiras infectadas morria em 20 meses, 75% sobreviveram por mais de 48 meses nos casos diagnosticados entre 1997 e 1998. Essa associação de condições favorece a mudança de expectativa reprodutiva dos casais soropositivos, o que parece ocorrer nesta fase, em que se observa aumento de gestações planejadas, precedidas por maior uso de anticoncepcionais (AMARAL *et al*; 2007).

Diante do forte significado da maternidade para a mulher infectada, há evidências de que nem sua condição de soropositividade para o HIV, nem a possibilidade de transmissão do vírus ao feto, determinam sua decisão de interromper a gestação ou de não a levar ao termo. As gestantes infectadas desejam que seus filhos venham com saúde e que não recebam delas o vírus fatal. É necessário, portanto, que receba o máximo de informações para que a decisão tomada seja consciente. A ausência de sintomas da AIDS, para essas mulheres e o uso dos medicamentos, têm-lhes dado esperança de poder cuidar dos filhos e criá-los, e, se possível, um dia, obter a cura. Esse fato tem modificado as perspectivas das mulheres portadoras do vírus em relação à gravidez.

4.2 Intervenções dos profissionais de saúde diante a gestante

Segundo Almeida e Praça (2009), a associação do HIV à gestação, é considerada uma condição de alto risco, que necessita de abordagem adequada e

completa durante o pré-natal, o parto e o puerpério, com o objetivo de reduzir os níveis de risco de infecção. Diante desta realidade, para implementar a melhoria da qualidade de atenção à saúde da mulher e do filho durante a gestação, o parto e o puerpério, é vislumbrando o alcance da redução da transmissão vertical do HIV. Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil, estimulando o cumprimento de ações e de metas, ancoradas nas contribuições e responsabilidades compartilhadas entre os três níveis de governo federal, estadual e municipal.

A abordagem dos aspectos sociais e psicológicos dessa gestante é de extrema importância na compreensão da doença e das possíveis repercussões em suas vidas e na gravidez, esperando a aderência dessa paciente as medidas terapêuticas e profiláticas. A análise da história sexual e social permite abordar a necessidade do uso de preservativos durante a gestação, com intuito de complementar a prevenção da transmissão vertical, e também evitar fatores de risco como; tabagismo, bebidas etílicas e uso de drogas (MELO, CÔRREA, CARVALHO; 2007).

Medidas para prevenção da transmissão vertical foram estabelecidas pelo Programa Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, no Manual de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes. Entretanto, existem evidências de dificuldades de implementação destas medidas, particularmente nas regiões menos favorecidas do país. Há registros de baixos percentuais de teste para o HIV durante o pré-natal, principalmente nas regiões norte e nordeste do país. Além disso, nem sempre o aconselhamento, pré e pós-teste, são realizados. Estes dados indicam uma deficiência tanto de cobertura quanto da qualidade do pré-natal no Brasil, principalmente nas regiões menos favorecidas (FARIAS *et al* ; 2008).

Desde o início, ficou estabelecido a realização de testes anti-HIV para todas as gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em seguida, programou-se o fluxo da assistência e a garantia de fornecimento de medicamentos para o tratamento às portadoras do vírus. Seguiram-se a definição de acompanhamento dos recém-nascidos filhos de mãe soropositiva, até a confirmação ou não do diagnóstico. Esse acompanhamento realiza-se no Serviço de Assistência Especializado. O Projeto estabeleceu, também, para todas as gestantes que buscam assistência pré-natal na rede municipal de saúde, a oferta de teste anti-HIV

voluntário no 1º trimestre de gravidez, e, desde 2004, o protocolo recomenda que seja realizado um segundo teste no 3º trimestre, ambos acompanhados por aconselhamento pré e pós teste (ALMEIDA e PRAÇA; 2009).

Preparar-se para viver o papel materno caracteriza-se pelas ações das gestantes quanto ao planejamento de funções relacionadas à maternidade que deverão assumir assim que o filho nascer. Dispor-se da amamentação é um fato que começa a ser elaborado durante a gestação. Com certeza, esse fato é frustrante, pois as mulheres criam expectativas ao papel materno idealizado para si. As gestantes imaginam os cuidados que realizarão para o tratamento do filho. Antecipar o tratamento da criança e a exposição a que estará submetida, são pontos que as levam a se preocupar e sofrer antecipadamente, entretanto, buscam encontrar forças e determinação interna para enfrentar o período após o nascimento do filho. As gestantes que já tiveram experiências prévias de ter um filho sendo soropositivas têm expectativas de que o mesmo tratamento imposto ao primeiro filho seja administrado também em gestações posteriores (MOURA, KIMURA, PRAÇA; 2010).

As recomendações das normas e medidas para prevenir a transmissão vertical do HIV, como parte da política de saúde do país, culminando com os princípios doutrinários do SUS, demonstra, neste estudo que, apesar da normalização existente, com clara definição do papel das organizações de saúde na adoção dessas ações, o processo de institucionalização no âmbito organizacional, mostra-se mais limitado e atrelado à vontade pessoal de uma parcela pequena de profissionais do que em mudanças efetivas verificadas no âmbito institucional, sem valorizar a estrutura necessária e o envolvimento das pessoas. As oportunidades perdidas para realizar a intervenção preventiva, quer no pré-natal, parto e para o recém-nascido, mostram a debilidade organizacional e a pouca importância dada ao controle da transmissão vertical do HIV pelos profissionais, sejam eles gerentes ou não, demonstrado, principalmente, pelo distanciamento existente entre as normas e medidas recomendadas e a realidade encontrada.

O desempenho do papel importante no desenvolvimento de políticas de prevenção e de assistência consagra a presença acentuada da sociedade civil nas áreas da saúde, da educação e da assistência social ao reunir indivíduos e instituições de forma participativa, em torno de causas afins (ALMEIDA, PRAÇA 2009).

Quanto à eficácia de intervenções como tipo de parto e amamentação, os dados sugerem impacto na redução dos riscos de transmissão. Estudos observacionais mostraram, desde o início da epidemia, que a amamentação traz um risco adicional de transmissão, no qual qualquer amamentação aumentou o risco de transmissão em até cinco vezes. Na primeira fase, quando nenhuma TARV era utilizada e 16% das mulheres amamentaram, a transmissão ocorreu em 32,3% dos casos independentemente da amamentação, mas foi observada em quatro das cinco mulheres que amamentaram. Entretanto, quase um quarto dos casos dessa fase não retornou para seguimento, não havendo parâmetros laboratoriais para controlar os resultados pelo quadro imunológico da gestante, nem pela presença de complicações (AMARAL *et al*; 2007).

Embora haja no Brasil, disponibilidade de testes e medicação profilática, as crianças continuam a ser infectadas. Isso se deve ao fato de que grande parte das gestantes, chega às maternidades sem terem frequentado o pré-natal e ao fato de que a cobertura do teste para a infecção pelo HIV durante o pré-natal, se encontra abaixo de 40% no Brasil (LEMOS, GURGEL, FABBRO; 2005).

Para o Ministério da Saúde, um programa de pré-natal de qualidade deve assistir à gestante de forma humanizada e atender às reais necessidades das mulheres ao longo da gestação e no puerpério, utilizando-se de todos os meios e conhecimentos científicos disponíveis. No Sistema Único de Saúde - SUS, a organização da assistência obstétrica está voltada para a organização e regulação da atenção à gestação, parto, pós-parto e ao recém-nascido, em todos os níveis de atenção. Desta forma, o atendimento integrado é garantido, mantendo diálogo permanente com a população, tanto na unidade de saúde quanto nas ações comunitárias, além de captar precocemente as gestantes para o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL, 2006).

4.3 O papel do enfermeiro diante a gestante HIV⁺

As mulheres que são mães soropositivas para o HIV tornam-se, em muitos momentos de suas vidas, elementos-chave da unidade familiar. Com freqüência, as estratégias de enfrentamento individual são descritas de maneira mais global no seu

contexto social. A particularidade resultante do exame de fatores que predisõem ou que motivam estilos individuais de vida podem se relacionar à perspectiva de gênero, de raça ou de etnia. Os autores de um estudo, com esta abordagem defendem a necessidade de se estabelecer conhecimento com base em resultados de pesquisas para o avanço nas propostas de intervenção em enfermagem que respondam às demandas das necessidades dessas pacientes (MOURA, KIMURA, PRAÇA; 2010).

.O enfermeiro que atua em saúde pública pode se tornar um ícone na diminuição do número de complicações pós-parto atuando na prevenção e promoção da saúde da gestante HIV⁺, uma vez que, ao promover o seu acompanhamento gravídico-puerperal é capaz de identificar os fatores de risco a que esta mulher encontra-se exposta.

O profissional da saúde enquanto enfermeiro deve partir em busca do conhecimento científico aprofundado acerca da AIDS, uma vez que inserido em tal trabalho se torna responsável pelo acolhimento e direcionamento adequado destas puérperas a serviços especializados. O SUS preconiza as unidades básicas de saúde como primeira referência para este tipo de atendimento, por isso, a importância desse profissional estar embasado de informações, principalmente quando for de ordem assistencial (SILVA e BOTTI; 2005).

“Assim, podem ser resolvidos a resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas, o profissional de saúde tem a chance de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde”, revestindo sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e impacto social dessa complicação advinda do vírus HIV+ (VALENÇA; GERMANO, 2010, p.134).

Dentre as funções do enfermeiro que atua em programas de saúde da mulher, o planejamento, a programação e a execução de ações preventivas que proporcionem uma gestação e um puerpério emocionalmente sadio, devem ser priorizados na sua rotina cotidiana (SOARES, 2009).

Cabe a ele, orientar às gestantes quanto aos seus direitos de assistência básica, durante o pré-natal, parto e puerpério que visam a redução do seu nível de insegurança; enfatizar quanto aos cuidados que lhe serão prestados, como o respeito à sua privacidade, dignidade e confidencialidade. Esses princípios

asseguram a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo (VALENÇA, GERMANO; 2010).

O profissional da saúde enquanto enfermeiro deve partir em busca do conhecimento científico aprofundado acerca da AIDS, uma vez que inserido em tal trabalho se torna responsável pelo acolhimento e direcionamento adequado destas puérperas a serviços especializados. O SUS preconiza as unidades básicas de saúde como primeira referência para este tipo de atendimento, por isso, a importância desse profissional estar embasado de informações, principalmente quando for de ordem assistencial (SILVA e BOTTI; 2005).

O Ministério da saúde enfatiza que toda mulher tem direito a uma gravidez saudável e a um parto seguro, sendo obrigação do Estado, oferecer um atendimento de boa qualidade. A gestante tem o direito de ser atendida por profissionais atenciosos que possuam conhecimentos suficientes para lhe informar sobre as ações de saúde que serão desenvolvidas para a mãe e o bebê. Esta gestante deverá realizar no mínimo seis consultas durante sua gestação, caso seja uma gestação de risco habitual; a cada consulta o enfermeiro deverá aferir a pressão arterial, verificar o peso, medir a barriga e auscultar os batimentos cardio-fetais, bem como solicitar todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde (ARAÚJO e SILVA; 2004).

O enfermeiro da equipe de saúde deve estar preparado para perceber os sinais de complicações, intervindo de maneira ágil e competente. Neste contexto, foram citadas como estratégias preventivas importantes da gestante HIV+ a abordagem psicológica da mulher, o incentivo à participação do parceiro nas consultas. Em face dessa realidade, é necessário que as equipes de saúde da família façam o planejamento de suas ações voltadas à saúde materno-infantil com base na realidade socioeconômica e cultural das gestantes, implementando medidas inter-setoriais de impacto na melhoria das condições de vida dessas mulheres sob pena de não obterem resultados satisfatórios na qualidade de saúde de mãe e conceito. Assim, é essencial que a equipe de saúde da família conheça o contexto em que a mulher se insere para a adoção de medidas adequadas para o transcurso de uma gravidez saudável e prazerosa no pré-natal" (VALENÇA; GERMANO, 2010, p.134).

O desenvolvimento de ações preventivas na saúde direcionadas à mulher e ao puerpério deve absorver também o homem. Enquanto marido e pai; deve receber "informações que estimulem a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases críticas do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes deste período" (SILVA, BOTTI; 2005).

Outras formas que podem ser utilizadas pelo enfermeiro para incentivo da participação do casal no pré-natal, são as visitas domiciliares e os grupos de gestantes para a educação em saúde. Nestes encontros, podem ser promovidas palestras educativas, vídeos explicativos que visam a tranquilidade da parturiente no momento do parto e na vivência do puerpério, que deve ser vivido de forma prazerosa e reconhecido como um período de conhecimento inicial de mãe e filho (VALENÇA, GERMANO; 2010).

O conhecimento desses profissionais em relação ao diagnóstico de enfermagem os capacita para o desenvolvimento de ações preventivas que devem ser empregadas tão logo seja realizado o diagnóstico de gestante HIV⁺. Caso o diagnóstico alcance o estágio de alto risco, deverão ser tomadas outras atitudes como uma maior presença do enfermeiro junto a esta paciente, mesmo que seja através do seu agente de saúde, visando unicamente a aplicação de medidas de proteção para a paciente. Estas atitudes devem ser evidenciadas à família ou a companhia da puérpera, visto que essa relação é muito importante entre a equipe de saúde e os familiares (SOARES, 2009).

O enfermeiro tem um papel relevante no momento do nascimento do bebê. O comprometimento e a responsabilidade do enfermeiro durante o trabalho de parto, proporcionam à parturiente satisfação e confiança. Ele deve ter uma visão holística e a capacidade de compreender o momento vivido pela mulher, devendo a situação da parturiente, para interpretar e obter uma compreensão do seu sofrimento e medos relacionados aos preconceitos. Este processo objetiva, selecionar estratégias mais adequadas para resolver as questões que envolvem a futura mãe, assim como quais os cuidados se deve ter com ela (FIALHO, 2008, p.10).

O pós-parto representa um momento de alterações físicas e emocionais para a puérpera. Cabe ao profissional de saúde, manter sua postura mediante as necessidades e demandas da mulher no puerpério, bem como praticar as intervenções de enfermagem, aprimorando a qualidade de assistência, promovendo um tratamento com excelência de recuperação, incentivando a paciente ao uso das medicações e restrição a amamentação orientando a puérpera e familiares quanto ao acompanhamento da mãe e recém nascido na unidade de saúde.

Dentro da enfermagem obstétrica, o papel do enfermeiro consiste em prestar os cuidados necessários para a mãe e criança, enfocando informações precisas sobre o parto, o puerpério e puericultura, objetivando minimizar os anseios e medos

da paciente e que promover um ambiente saudável para a readaptação física e emocional da mulher (RODRIGUES et al, 2006).

Uma de suas principais funções no período puerperal é tentar diminuir a ansiedade da puérpera e estabelecer um maior vínculo emocional entre mãe e filho, juntamente a adaptação quanto ao processo do não aleitamento materno. Assim, ele deve aplicar todos os seus conhecimentos, demonstrando os benefícios trazidos ao bebê e procurar embutir na mente das mulheres, as vantagens tanto para o filho quanto para a mãe da fórmula láctea (FIALHO, 2008).

O enfermeiro pode utilizar como forma de proporcionar à mulher puérpera HIV⁺ momentos de escuta, onde a mesma venha a expor os seus sentimentos com relação às dificuldades encontradas neste novo período de sua vida. Esta escuta pode ajudar a vencer a depressão, proporcionando a esta mulher momentos de reflexão que a traga de volta à realidade da sua nova condição de mulher e mãe.

A sistematização da assistência de enfermagem garante que as ações da equipe tenham visibilidade e especificidade. Ao realizar o processo de enfermagem, as ações se tornam efetivas e de maior qualidade, facilitando a adaptação da puérpera para o auto-cuidado e para os cuidados com o recém-nascido. Dessa forma, haverá uma maior adesão e sucesso no processo, diminuindo as complicações no puerpério e o tempo de internação; como consequência, gera-se economia para os setores de assistência à saúde da mulher e da criança (FIALHO, 2008, p.10).

A sistematização da assistência de enfermagem facilita o reconhecimento de situações de conflito psicológico que promovem o diagnóstico e oferece aos enfermeiros subsídios para o enfrentamento dos cuidados que devem ser dispensado a estas mulheres. É importante ressaltar que no período do pré-natal o enfermeiro deve ficar atento para interpretar as ações e sentimentos da gestante. O mesmo deve estar capacitado para reconhecer as sensações de ansiedade e medo que afloram nas gestantes, verificar se teve perdas gestacionais ou se a gravidez foi planejada, acolher e esclarecer as dúvidas delas quanto à gestação e ao puerpério e ao mesmo tempo, identificar o medo ou desejo de provocar aborto, bem como as condições emocionais da gestante, levando em consideração o apoio emocional do marido ou companheiro, dos filhos e também o apoio de toda família como mãe e irmãos (NETTINA, 2007).

O enfermeiro deve ainda durante o pré-natal procurar estabelecer relações de confiança e respeito mútuos com a gestante. Proporcionar espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro na família, bem como perceber sentimentos depressivos, pois muitas vezes a descoberta do vírus HIV é um grande choque para toda a família (SOARES, 2009).

O enfermeiro é o profissional que atua integralmente com a gestante HIV⁺, desde o pré-natal, parto e puérpero, tendo oportunidade de orientar e prestar uma assistência qualificada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é a fase mais avançada da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), doença emergente, transmissível e de comportamento pandêmico considerada um dos maiores problemas de saúde pública. As tendências de transmissão deixam de ser restritas aos “grupos de riscos” e passam a ser presentes na população como um todo.

A frequência de casos de AIDS entre mulheres cresceu de uma forma considerável nos últimos anos, quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio, evidenciando que a faixa etária das mulheres contaminadas é de 25 a 34 anos, idade reprodutiva, resultando no aumento da transmissão vertical.

A probabilidade de transmissão vertical do HIV já está estabelecida, sendo evidenciado que a maioria dos casos de transmissão ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e que o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão.

A mulher ao descobrir sua gravidez deve de imediato começar o pré-natal, pois acredita que no teste anti-HIV realizado durante o pré-natal é de fundamental importância para que tenha o direito de receber informações e o tratamento diferencial durante a gestação.

Considerando que a gestante venha realizar um pré-natal seguro e de uma maneira correta o risco de transmissão vertical possa ser minimizado, a mesma venha receber uma assistência humanizada e pautada em conhecimento técnico e prático que atenda as necessidades da mulher durante a gestação e no puerpério.

Cabe ao enfermeiro ter uma abordagem adequada com a paciente não rompendo a relação na qual as práticas de saúde atuem firmemente em afastar problemas desnecessários que somente prejudicam o tratamento, tais como preconceito, baixa auto-estima, transtornos depressivos ou até mesmo precarização da estrutura familiar, cuidados básicos devem ser propagados por meio de orientações que trabalhem a questão social compreendendo a sua realidade, aliando-se teoria, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e econômicos da gestante.

Portanto com este estudo pode-se concluir que a assistência de enfermagem iniciada desde o pré-natal traz inúmeros benefícios pra a gestante HIV+, pois minimiza os riscos de contaminação do bebe, o enfermeiro e o profissional melhor qualificado para orientar e promover a esta gestante uma gestação tranqüila e saudável.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E et al . Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 6, Junho 2007. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892007000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago 2011.

ANDREUCCI, C.B, CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, N 27, V 6, p1053-1064, jun 2011, Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf> > Acesso em: 09 jul 2011.

ARAUJO,C, SILVA,A.L. Grávidas e puérperas de Francisco Morato: Reflexos da integralidade e da regionalização. Artigo (tcc). Instituto de Saúde. São Paulo.2004.Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/cristiane_ara_ujo_2005.pdf> Acesso em: 15 out 2011

ARAUJO, Liliam Mendes de; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 4, ago 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200700040007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out 2011.

ARAUJO, M.A.L; VIEIRA, N.F.C; SILVA, R.M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, dez. 2008 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000600025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago 2011.

BASTOS, A.C. **Ginecologia**. Rev e Atual. 11ª ed São Paulo: Atheneu, 2006

BARROS, S.M.O Enfermagem obstétrica e ginecológica: Guia para a pratica assistencial. 2ed. São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria, **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestante**. Series e Manuais nº46 2ªed. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** - Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 82p: Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, Série A: Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. 2006 A

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, Série A: Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. 2006 A.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids, **Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília. DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica** - 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARVALHO, D. S.; Novaes, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, N 20 V 2: p 220-230, jul 2004, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/17.pdf>> Acesso em 04 set 2011.

DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria; EL BEITUNE, Patricia. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2011.

FIALHO, T.C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Monografia. Educação Avançada Ltda. Saúde Pública. Viçosa. 2008. Disponível em <<http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20OCUPERTINO%20FIALHO.pdf>> Acesso em: 15 Out 2011.

LEMOS, L. M. D; GURGEL, R. Q; DAL FABBRO, A. L. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000100007 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 ago 2011.

MELO, V. H.; CORREA, C. M.; CARVALHO, I. K. D; As mulheres e a infecção pelo HIV. In: Peret, F.J.A.;Caetano,J.P.J. **Ginecologia e Obstetrícia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap.57,p441-462.

MONTENEGRO, C. A. B.; RESENDE. J.F. **Resende Obstetrícia Fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

NETTINA, S.M. **Pratica de enfermagem**. Guanabara koogan. V. 3 Rio de Janeiro. 2007

NISHIMOTO,T.M I, NETO, J. E, ROZMAN, A. R. Transmissão Materno – Infantil do vírus da imunodeficiência humana : Avaliação de medidas de controle no município de Santos, **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, N 51, V 1, p 54-60, abr 2005, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/04.pdf>> Acesso em 16 set 2011.

OLIVEIRA ,R.C. Adolescência ,gravidez e maternidade : a percepção se si e a relação com o trabalho . **Saude e sociedade**.São Paulo ,v.17,n.4,2008. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO10412902008000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 abril 2008.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Rio de Janeiro **Cad. Saúde Pública**, vol.14, n.1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf> > Acesso em: 20 ago 2011

RIBEIRO, Filho, B. Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM. – **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro; 93p., 2004. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=398402&indexSearch=ID>> Acesso em: 20 ago 2011.

RODRIGUES, D.P. et al. O domicilio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: Binômio mãe-filho. **Revista Texto contexto**. V 15, n 2. p 277-286. Florianópolis, abr – jun 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=ID>>. Acesso em: 15 out 2011.

SANTOS, C.M ALMEIDA, G.O, SOUZA, T, S. **Depressão pós-parto:revisão da literatura**. Revista Psicologia em Foco. Aracaju. V 3, n2, jul 2009. Disponível em: <http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_014747_Formatado1-Depressao_pos-parto.pdf>. Acesso em: 15 out 2011.

SILVA, E.T. BOTTI, N.C.L. **Depressão Puerperal: uma revisão da literatura**. Revista eletrônica de enfermagem. Goiânia. V 7, n 2. p 231-238. 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/revisao_01.htm>. Acesso em: 21 out 2011.

SOARES, C., VARELA, V. D. J. **Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica: incentivando o autocuidado**. Graduação em Enfermagem. Florianópolis. 2007. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>>. Acesso em: 10 out 2011.

SMELTZER, S.C. et al. Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem Medico Cirúrgico**. Tradução de Fernando Diniz Múndin. José Eduardo Figueiredo. 11ª ed, V2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, R.M.O; ARAUJO, C.L.F; PAZ, F.M.T. A realização do teste anti-hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, P 631 a 635, dez/ 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145200800040004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago 2011.

VALENÇA, C. N., GERMANO, R. M. G. Prevenindo as complicações puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal . Revista. René. Fortaleza. V 11, n 2, p129-139. Abr 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a15v11n2.htm> Acesso em: 06 out 2011.

VASCONCELOS, A.L.R; HAMANN, E.M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, Dez 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Ago 2011.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. Revista **latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 41-46, abr 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12416.pdf>> Acesso em: 22 abr 2011.

