



PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DE RECEM-NASCIDOS DE MÃES SOROPOSITIVAS COM OU SEM TRATAMENTO

Mayra Joyce da Costa Pinheiro¹; Sávila Josy de Alencar Melo²; Denize Nóbrega Pires³

¹Graduanda de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande – PB. mayra.joyce@gmail.com. ²Graduanda de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande – PB. ³Docente Efetivo da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande – PB.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) persiste sendo um grave problema de saúde pública por todo o mundo, mesmo depois de mais de 30 anos de sua descoberta e do primeiro relato em crianças do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na década de 80 (RUBINSTEIN et al., 1983; SCOTT et al., 1984).

No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, distribuídas por todas as regiões do país, com destaque para a maioria destas residentes na região Sudeste com 40,5% dos casos, seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (15,8%), Norte (7,1%) e Centro-Oeste (5,7%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). As múltiplas dimensões da propagação do HIV/AIDS no Brasil evidenciam as constantes transformações na sua evolução e distribuição, que necessitam de compreensão. Assim, avanços no entendimento, prevenção e tratamento da infecção pelo HIV são indispensáveis para reduzir os números de mortalidade materna e infantil nesses casos.

Uma das ferramentas para a mudança deste cenário é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV, responsável por mais de 90% das infecções do HIV em crianças (TUDOR CAR et al., 2011). A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação; o trabalho de parto; o parto propriamente dito via contato direto com as secreções cervico-vaginais e sangue materno; ou aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Conduas preconizadas por consenso médico geral determinam um grande impacto na prevalência da transmissão vertical, podendo reduzir em até 1% a 2% o número de casos, como evidenciado nos Estados Unidos, a partir de estratégias efetivas de prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, a cobertura das ações preventivas ainda é baixa e falha. Alguns fatores contribuintes são a ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal, sem a realização do teste anti-HIV ou ineficiência na análise dos



resultados, principalmente quanto ao tempo hábil para sua avaliação e posterior intervenção (ZIMMERMANN et al., 2011).

Deste modo, esta revisão possui relevância partindo do reconhecimento da necessidade de se discutir sobre práticas que compõem o protocolo para avaliação de recém-nascidos de mães soropositivas independentes da presença ou não de tratamento prévio. Objetiva-se reunir informações a respeito, de maneira esclarecedora, além de auxiliar profissionais da área da saúde quanto à conduta básica necessária para reduzir os agravos a saúde de gestantes e neonatos com essa condição.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão da literatura, tendo como tema de análise a conduta de avaliação de recém-nascidos de mães soropositivas com ou sem tratamento. Realizou-se busca nas bases de dados: National Library of Medicine (Medline) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e na United States National Library of Medicine (PubMed) e Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS). A pesquisa bibliográfica incluiu artigos originais e de revisão, teses, manuais e boletins epidemiológicos de instâncias como o Ministério da Saúde do Brasil, nos idiomas inglês e português. A estratégia de busca adotada fez uso dos seguintes descritores: AIDS, recém-nascidos, HIV, avaliação, protocolo e seus correspondentes em inglês (AIDS, newborns, HIV, evaluation, protocol) consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os descritores foram utilizados isoladamente e em várias combinações. Os 6 artigos analisados junto aos 10 boletins e manuais foram selecionados de acordo com os critérios: abordagem sobre protocolos de avaliação com práticas para identificação e acompanhamento dos infectados, com estudos publicados até esta data (nacionais e internacionais) e exclusão de textos que desviavam do propósito do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversas resoluções indicam como conduzir a avaliação do recém-nascido de mães soropositivas, com ou sem tratamento, e os cuidados básicos que devem ser instalados para que sejam reduzidos riscos de agravamento da condição a que eles foram submetidos.

Crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV, em tratamento ou não, devem ser atendidas, preferencialmente, em unidades especializadas até a definição de seu diagnóstico.



O resultado do diagnóstico direciona estas crianças a unidades especializadas ou a unidades básicas de saúde, nos casos positivos ou negativos, respectivamente. É importante lembrar que em muitos casos não é possível chegar até uma unidade especializada ou até mesmo em uma unidade básica com o mínimo de suporte para a parturiente. Nesses casos, uma alternativa seria o isolamento junto ao cuidado com mãe e recém-nascido, até a providência de ações que sigam minimamente o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Após os cuidados imediatos com o recém-nascido deve-se dar início a primeira dose de antirretrovirais (ARV). O ARV aprovado para uso na criança é a Zidovudina (AZT), em solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto ou nas primeiras 2 a 4 horas após o nascimento, até a sexta semana. Após dois dias do nascimento, para finalidade de prevenção é descartado o uso de AZT (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011). Em recém-nascidos expostos ao HIV cujas mães não fizeram uso de tratamento durante o pré-natal ou possuem carga viral menor que 1.000 cópias/ml no último trimestre de gestação, preconiza-se a inclusão da Nevirapina à profilaxia, com início nas primeiras 48 horas de vida (BRASIL, 2014). Importante destacar que ARVs podem estar associados a diversos efeitos colaterais. No entanto, os benefícios do uso dessas drogas são mais elevados quando comparamos com os riscos já relatados na literatura médica. Nesses casos, a decisão de interrupção dos ARVs deve ser individualizada, considerando-se o risco de infecção pelo HIV e as maneiras de tratamento dos eventuais efeitos.

A criança exposta à infecção materna pelo HIV deve receber todas as imunizações do calendário vacinal, além de outras vacinas que devem ser incluídas ao calendário e obtidas em centros especializados (BRASIL, 2006). Recomenda-se a não amamentação e a substituição do leite materno por fórmula infantil após aconselhamento profissional (BRASIL, 2014). Nas situações em que o resultado do teste rápido não estiver disponível até o momento da primeira mamada, a orientação da amamentação, antes do conhecimento do resultado do teste, deve ser analisada individualmente.

Com a informação sobre a condição da mãe são delineadas medidas profiláticas recomendadas e sua instituição. No entanto, muitos dos filhos nascidos expostos ao HIV não possuem diagnóstico conclusivo quanto à infecção. Após o parto são realizados testes rápidos para dar início à profilaxia com ARV. O diagnóstico mais precoce pode envolver testes de alta sensibilidade para que se identifiquem frações do material do HIV. O diagnóstico pode ser estabelecido nas primeiras semanas em crianças que não estejam sendo amamentadas. Para tanto, não se faz necessário aguardar por testes confirmatórios, somente executados meses depois do nascimento. Isso é determinado porque durante a gestação, filhos de mães



portadoras do HIV recebem anticorpos IgG anti-HIV. Assim, todas essas crianças são HIV positivas no nascimento. Meses depois, crianças não infectadas soroconvertem, podendo permanecer com teste positivo até 18 meses de vida (FREITAS et al., 2013). Deste modo, testes sorológicos para detecção de anticorpos não são conclusivos antes dos 18 meses de idade. O recomendado é a realização de dois testes de detecção de RNA viral (carga viral) em amostras de sangue (plasma), o primeiro teste em torno de quatro semanas com repetição em torno de 12 semanas de idade. Um terceiro pode ser realizado quando obtidos resultados discordantes. Admite-se a não infecção quando obtivermos uma amostra não reagente em testes de detecção para anticorpos anti-HIV após 18 meses de idade; ou uma amostra negativa em dois testes rápidos. Caso o teste apresente resultado positivo para presença de RNA viral, é solicitado repetição para eliminar possibilidades de falso-positivos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Na ausência de tratamento materno deve-se realizar o teste de detecção de RNA viral nos primeiros dias de vida do RN. A positividade desse teste indica infecção intraútero. Quando negativo, o teste deve ser repetido com 3 a 4 semanas de vida. Se tiver ocorrido transmissão da infecção durante o trabalho de parto ou parto, um teste negativo ao nascer tornar-se-á positivo após duas semanas, devendo ser imediatamente repetido para confirmação de infecção (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010). Se pensarmos na realidade dos sistemas básicos de saúde oferecidos em cidades menores e quando associamos ao investimento direcionado a estas, podemos sugerir que na maioria dos casos, contraprovas são ignoradas e testes de alta sensibilidade são suprimidos. Assim, crescem os números de casos tardiamente identificados, bem como, o número de óbitos por coinfeções negligenciadas.

Assim que permitida a alta da maternidade deve-se agendar, entre 15 e 30 dias a contar do nascimento, consulta em serviço especializado para crianças expostas a infecção. É indicado o acompanhamento mensal nos primeiros 6 meses e, no mínimo, bimensal a partir do 2º semestre de vida. Recomenda-se que crianças não infectadas realizem acompanhamento anual em unidades especializadas até o final da adolescência (BRASIL, 2011). É imprescindível registrar o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico, tendo em vista a possibilidade de apresentar dificuldades no ganho de peso (BHIVA WRITING GROUP, 2012). Crianças nascidas de mães infectadas podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos durante o período intrauterino e perinatal, como *Treponema pallidum*, vírus das hepatites B e C, vírus HTLV-1/2, vírus do herpes simples, citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*. Reconhecer tais



coinfecções é fundamental para a instituição de tratamento das mesmas, evitando eventuais complicações.

Informações sobre hábitos do recém-nascido, como alimentação, sono, comportamento, devem constituir uma anamnese detalhada. Atenção a sinais e sintomas sugestivos para outros acometimentos de saúde deve ser redobrada, dada à condição imunológica da criança. A avaliação clínica deve conter exame físico detalhado acompanhado da observação dos sinais específicos do HIV. O acompanhamento ainda inclui um roteiro de exames laboratoriais, passível de adaptações frente à especialidade de cada serviço, para monitoramento de efeitos adversos do ARV e das repercussões sistêmicas da infecção pelo HIV (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010). Dessa maneira, os sistemas de saúde devem estar organizados para prestar um atendimento de qualidade, bem como os profissionais que ali estão.

CONCLUSÕES

O estudo ora elaborado possibilitou concluir que a adoção de um protocolo de avaliação adequado para nascidos de mães soropositivas com ou sem tratamento é uma estratégia importante para reduzir as graves consequências do vírus para as crianças expostas. Sendo indispensável o empenho dos serviços especializados para a realização de avaliação e acompanhamento dos recém-nascidos e crianças expostas ao HIV, por se tratarem de uma população de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BHIVA WRITING GROUP. Neonatal management. **HIV Medicine**. n. 13 (Supl. 2), p. 126 – 133, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em Pediatria**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FREITAS, J. G. et al. Administração de medicamentos para crianças nascidas expostas ao vírus da imunodeficiência humana. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 42-49, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100008>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico sobre AIDS**, Ano IV, n. 01, 27^a. a 53^a semana epidemiológica, julho a dezembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico sobre AIDS**, Ano IV, n. 01, 01^a à 26^a semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015.

RUBINSTEIN, A.; SICKLICK, M.; GUPTA, A. et al. Acquired immunodeficiency with reversed T4/T8 ratios in infants born to promiscuous and drug addicted mothers. **American Medical Association's Journal**. v. 249, n. 17, p. 2350–2356, 1983.

SCOTT, G. B.; BUCK, B. E.; LETERMAN, J. G.; BLOOM, F. L.; PARKS, W. P. Acquired immunodeficiency syndrome in infants. **New England Journal of Medicine**. v. 310, n. 2, p. 76–81, 1984.

TUDOR CAR, L.; VAN VELTHOVEN, M. H.; BRUSAMENTO, S.; ELMONIRY, H.; CAR, J.; MAJEED, A. et al. Integrating Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programs to Improve Uptake: A Systematic Review. **PLoS ONE** v. 7, n. 4, p. 352-368, 2012. doi:10.1371/journal.pone.0035268.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.** Junho 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 jul. 2016.

ZIMMERMANN, J. B. et al. Rastreamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v. 33, n. 4, p. 170-175, 2011. ISSN0100-7203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320110004000>