



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Elaboração de Guia de Cuidados da Criança Nascida em um
Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro Exposta ao HIV**

Rosanea Ferreira Rodrigues

RIO DE JANEIRO

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

**Elaboração de Guia de Cuidados da Criança Nascida em um
Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro Exposta ao HIV**

Rosanea Ferreira Rodrigues

Sob a Orientação do Professor
Prof. Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry

e Coorientação do Professor
Prof^a. Dr^a. Maria Marta Tortori

Dissertação submetida como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre em Infecção HIV/Aids e
Hepatites Virais na Área: Pediatria

RIO DE JANEIRO

2018

R696 Rodrigues, Rosanea Ferreira
Elaboração de Guia de Cuidados da Criança Nascida
em um Hospital Universitário do Estado do Rio de
Janeiro Exposta ao HIV / Rosanea Ferreira
Rodrigues. -- Rio de Janeiro, 2018.
77 f.

Orientador: Fernando Raphael de Almeida Ferry.
Coorientadora: Maria Marta Tortori.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2018.

1. Educação em saúde. 2. Profilaxia da
transmissão vertical do HIV. 3. Caderneta da
criança. 4. Transmissão vertical do HIV. I. Ferry,
Fernando Raphael de Almeida , orient. II. Tortori,
Maria Marta , coorient. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

Rosanea Ferreira Rodrigues

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Infecção HIV / Aids e Hepatites Virais na Área de Pediatria

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 24/04/2018.

Prof. Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO

Prof. Dr. Luiz Cláudio Pereira Ribeiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO

Prof^ª. Dr^ª. Karla Regina Oliveira de Moura Ronchini
Universidade Federal Fluminense/UFF

Prof^ª. Dr^ª. Maria Marta Tortori
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO (Suplente)

Prof^ª. Dr^ª. Karla Anacleto de Vasconcelos
Universidade Federal Fluminense/UFF (Suplente)

DEDICATÓRIA

A minha trajetória profissional e pessoal não poderia ser consolidada sem o apoio incondicional dos meus pais Antonio Rodrigues Rodrigues e Sebastiana Ferreira Rodrigues com dedicação em todos os meus projetos de vida.

À Deus, pela minha existência, saúde e perseverança, por guiar meus caminhos me dando força, luz e proteção.

Ao meu companheiro Felipe Zaire, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à toda minha família, que sempre me apoiou em minhas decisões, por entenderem meus momentos de estresse, momentos de ausência, meu cansaço físico e mental após horas intermináveis de trabalho e estudo, a todos vocês meu muito obrigado.

Ao meu pai em especial, por ser responsável por tudo que sou, pelos melhores conselhos do mundo, por ter me mostrado a vida em tantos sentidos lindos, por ser meu espelho de bondade e compreensão.

À minha mãe, carinhosa e dedicada, pela ajuda fundamental do dia-a-dia, pela humanidade e amor incondicional.

Ao meu orientador, Dr. Fernando Ferry, pelas horas de dedicação investida nesse projeto e por ter me apoiado e recebido tão bem na universidade, despertando em mim cada vez mais gosto pela temática e envolvimento com o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Ao meu companheiro Felipe Zaire, pela colaboração dada ao longo deste mestrado, pelo compartilhamento de idéias, críticas e sugestões.

À Deus, por me dar força espiritual necessária nessa caminhada.

RESUMO

RODRIGUES, Rosanea Rodrigues. **Elaboração de Guia de Cuidados da Criança Nascida em um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro Exposta ao HIV**. 77p. Dissertação (Mestrado Profissional em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na Área: Pediatria) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2018.

O presente estudo tem como objetivo principal construir um guia educativo a fim de orientar mães portadoras de HIV quanto aos cuidados relevantes aos recém-nascidos até os dois anos de idade. Nele foram feitas revisões de literatura e das diretrizes do Ministério da Saúde, além de elaboração do guia prático e ilustrativo para o público-alvo. O produto final é chamado Guia de Cuidados da Criança Nascida no HUGG, no qual se aborda de maneira lúdica e didática as orientações e o registro de cada fase dos dois primeiros anos de vida para as crianças nascidas de mulheres portadoras do HIV e outros temas pertinentes a esse período de vida. Permite ainda orientar quanto às profilaxias preconizadas pelo Ministério da Saúde para prevenção da transmissão vertical do HIV, podendo a mãe também acrescentar comentários e fotos dentro do conteúdo. O guia de cuidados da criança exposta ao HIV tem por objetivo efetuar melhorias no acolhimento das gestantes e mães soropositivas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e no seguimento ambulatorial dos recém-nascidos.

Palavras-chaves: Educação em saúde, Profilaxia da transmissão vertical do HIV, Caderneta da criança, Transmissão vertical do HIV.

ABSTRACT

RODRIGUES, Rosanea Rodrigues. **Elaboration of a Guide for Care of the Child Born in a University Hospital of the State of Rio de Janeiro Exposed to HIV.** 77p. Dissertation (Master's Degree in HIV/AIDS Infection and Viral Hepatitis in Pediatric Area) Center for Biological and Health Sciences. Federal University of the State of Rio de Janeiro, RJ, Brazil, 2018.

The main objective of this study is to construct an educational guide to guide mothers with HIV regarding the care of newborns up to two years of age. There were revisions of the literature and guidelines of the Ministry of Health was carried out, as well as a practical and illustrative guide for the target public. The final product is called the Guide to Child Care Born in Gaffrée and Guinle University Hospital, which provides a playful and didactic approach to the guidelines and registration of each phase of the first two years of life for the children born to HIV positive women and other topics relevant to that period of life. It also allows for guidance on the prophylaxis advocated by the Ministry of Health to prevent vertical transmission of HIV, and the mother can also add comments and photos inside the content. The purpose of the child care guide exposed to HIV is to improve the reception of pregnant women and HIV positive mothers at the Gaffrée and Guinle University Hospital and in the outpatient follow-up of newborns.

Keywords: Health education, Prophylaxis of vertical HIV transmission, Child's handbook, Vertical HIV transmission.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Cuidados específicos durante o parto vaginal em gestantes vivendo com HIV	19
Quadro 2 - Cuidados específicos durante o parto cesáreo em gestantes vivendo com HIV	20
Quadro 3 - Indicação de ARV para a profilaxia da transmissão vertical do HIV	24
Quadro 4 - Recomendações para profilaxia primária de <i>P. jiroveci</i> em crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV	25
Figura 1 - Algoritmo para utilização de testes para quantificação de RNA viral - carga viral - HIV, em crianças entre 1 e 18 meses, após uso de profilaxia com ARV para a criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b)	26
Figura 2 - Algoritmo para realização de testes para definição do diagnóstico em crianças com duas CV detectáveis <5.000 cópias/mL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b)	27

LISTA DE ABREVIÇÕES E SÍMBOLOS

Aids - *Acquired immunodeficiency syndrome* (Síndrome da imunodeficiência adquirida)

ACTG - *Aids Clinical Trial Group*

ARV - Antirretroviral

AZT - Zidovudina

CD4 - *Cluster of differentiation 4* (Grupamento de diferenciação 4)

CV - Carga viral

DNA - Ácido desoxirribonucleico

DST - Doença sexualmente transmissível

HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

IgG - Imunoglobulina G

IST - Infecção sexualmente transmissível

IV - Intravenoso

LT - Linfócito

MS - Ministério da Saúde

NVP - Nevirapina

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RN - Recém-nascido

RNA - *Ribonucleic acid* (Ácido ribonucleico)

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM - Sistema de Informações Sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SMX - Sulfametoxazol

SUS - Sistema Único de Saúde

TMP - Trimetoprima

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

VO - Via oral

WHO - *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	HIV na Gestação	16
2.2	Profilaxia da Transmissão Vertical	18
2.3	Quimioprofilaxias	22
2.3.1	O Uso de Antirretroviral	22
2.3.2	A Profilaxia Contra a Pneumocistose	24
2.4	O Diagnóstico do HIV na Criança Exposta	25
3	OBJETIVO	28
4	MÉTODO	29
4.1	Tipo de Estudo	29
4.2	Etapas do Estudo	29
4.2.1	Levantamento Bibliográfico	29
4.2.2	Elaboração do Material Educativo	30
5	JUSTIFICATIVA	34
6	RESULTADOS	35
6.1	Descrição do Material Educativo Construído	35
7	DISCUSSÃO	37
8	CONCLUSÕES	39
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
	APÊNDICE - Guia de Cuidados da Criança Nascida no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	44

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada (Síndrome da imunodeficiência adquirida - Aids), ainda representa um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu carácter pandêmico. Além da transmissão por via sexual e sanguínea, o vírus também pode ser transmitido durante a gestação, no parto e no puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c).

Afim de melhorar e ampliar a rede de atendimento dessa população portadora de HIV no Estado do Rio de Janeiro, foi implantado em 1983 no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), unidade de saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), as bases do Programa Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS), considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um modelo de eficiência internacional (MESTRADO PROFISSIONAL, 2017).

Em 1986, no HUGG foi também criado o Setor de Imunologia Pediátrica, pioneira nas crianças portadoras do HIV. Posteriormente, em 1987, o Serviço de Obstetrícia do HUGG iniciou o programa de atendimento às gestantes portadoras do HIV. Em conjunto, tais departamentos visam estabelecer o aperfeiçoamento das ações de controle da transmissão vertical do HIV (MESTRADO PROFISSIONAL, 2017).

As melhorias no acompanhamento de gestantes portadoras do HIV teve como ponto marco, em âmbito mundial, a publicação do protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (ACTG) em 1994, onde foi realizado estudo randomizado, tipo duplo-cego, e testada a eficácia e eficiência do uso de zidovudina (AZT) em reduzir o risco de transmissão do HIV da mãe para a criança durante a gestação. O estudo foi realizado com 477 gestantes, entre abril de 1991 e dezembro de 1993, e concluiu que a transmissão vertical do HIV, na ausência de qualquer intervenção anterior pelo uso de antirretrovirais (ARV), se situa em torno de 30,0%, podendo ser reduzida em 66,0% pelo uso da zidovudina (AZT) a partir da décima quarta semana de gestação, no momento do parto por via venosa e pelo recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida, por via oral (SPERLING, et al., 1994).

O documento oficial do MS relativo a atenção à saúde da criança está contido na Caderneta de Saúde da Criança. Ela é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento dos recém-nascidos, elaborada com o objetivo de ajudar à família e os profissionais de saúde nos cuidados com a criança, contendo basicamente informações sobre a saúde do bebê no momento do nascimento, orientações quanto ao crescimento e o desenvolvimento da criança na infância além do quadro das imunizações do Calendário Básico de Vacinação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a). Sabemos que os problemas de saúde das crianças e dos jovens variam amplamente entre as várias partes do país, como também as prioridades, porque refletem as preocupações, os recursos e as necessidades locais. Dessa forma a Caderneta de Saúde contém alguns tópicos em saúde que servem de subsídio para o acompanhamento dos problemas de saúde de determinados grupos.

Na atualidade, conforme os boletins epidemiológicos fornecidos pelo MS, observamos que a taxa de transmissão vertical do HIV encontra-se em queda, reiterando o sucesso crescente da estratégia de trabalho junto aos serviços de pré-natal na identificação e acompanhamento correto de mães portadoras do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Além disso, a disponibilização de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamento antirretrovirais e material técnico adequado formam a base para a atuação profissional ética e competente. Sabe-se também que com a plena execução das condutas padronizadas consegue-se uma significativa redução da transmissão do HIV da mãe para o feto, na quase totalidade dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Não obstante, ao nível local de gestão, é fundamental a organização da rede assistencial à gestante, na medida em que há risco da perda de seguimento ou de demora nas demandas de decisões quanto à terapêutica ou profilaxia, colocando em risco o sucesso da prevenção da infecção fetal.

A Rede Cegonha, estratégia lançada pelo Governo Federal em 2011, tem entre outros objetivos, a redução do número de óbitos de mulheres e de crianças no país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, como é o caso da sífilis congênita, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação

da sífilis congênita. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de que as equipes de Atenção Básica realizem os testes rápidos para o diagnóstico do HIV e sífilis no âmbito da atenção ao pré natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Esses testes rápidos estão inseridos no âmbito da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Deste modo ela visa assegurar à mulher uma rede de cuidados (planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério) e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Entre as ações do componente pré-natal da Rede Cegonha se encontram a prevenção e tratamento das IST, HIV/Aids e hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de sífilis e HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014d).

Dois importantes marcadores para a adequada aplicação das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV são a utilização de quimioprofilaxia nas parturientes e posteriormente nos recém-nascidos, e a contra-indicação ao aleitamento materno.

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição total do leite materno, dentre elas: mães infectadas pelo HIV; mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2; mãe com uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Conforme o exposto, melhorias na qualidade da assistência pré-natal e pós-natal, principalmente nos centros de referência, tornam-se primordial para o sucesso no acolhimento dos recém-nascidos filhos de mães portadoras de HIV, visando a redução das taxas de transmissão vertical e maior adesão ao tratamento. A assistência pré-natal é um momento importante para diminuir a incidência da transmissão do HIV por meio da oferta de diagnóstico precoce e tratamento adequado.

A cobertura de testagem para HIV no pré-natal passou de 62,3% em 2006 para 83,5% em 2010. Com a implantação da Rede Cegonha, houve considerável ampliação na oferta de testes rápidos do HIV e sífilis, o que implicou no aumento do diagnóstico ao longo dos anos no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014d).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o “Pacto Pela Saúde”, que apresenta como um dos objetivos principais a redução da mortalidade materno-infantil. No ano seguinte, o então Programa Nacional de DST/AIDS/MS publicou o “Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”. Em 2008,

foi publicada a Portaria nº 325 GM/MS, que fixou prioridades para o “Pacto pela Vida”, incluindo a redução da mortalidade infantil e materna e o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014d).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2009, lançaram a “Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis na América Latina e Caribe”. Em 2010, essa iniciativa regional se articulou ao “Plano Global para eliminação de novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015 e manter suas mães vivas”. Nesse mesmo ano, os estados-membros da OPAS aprovaram o “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”, estabelecendo metas para o ano de 2015: redução da taxa de transmissão do HIV para menos de 2% e da taxa de incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 por 1.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014d).

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, que certifica os países que alcançarem:

- Taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$, ou incidência de até 0,3 casos por 1.000 nascidos vivos;
- Taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos;
- Cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$;
- Cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$;
- Cobertura de tratamento com ARV em gestantes HIV+ $\geq 95\%$; e
- Cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

Atualmente, conforme o Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2017, no Brasil a taxa de detecção de gestantes com HIV vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos, refletindo as melhoras da qualidade do pré-natal oferecido, principalmente com a implantação da Rede Cegonha. Além disso, a taxa de detecção de aids em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador para monitoramento da transmissão vertical do HIV. Observou-se uma tendência de queda de 34% na taxa para o Brasil, nos últimos dez anos, que passou de 3,6

casos/100.000 habitantes em 2006 para 2,4 casos/100.000 habitantes em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). O número de casos de aids (taxa de detecção por 100.000 habitantes) em menores de cinco anos de idade em 2017, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom), foram 125 casos. Já o número de casos de gestantes infectadas pelo HIV foram 4.255 casos notificados em 2017, conforme o Boletim Epidemiológico do MS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIV na Gestação

Ao se passarem três décadas desde os primeiros relatos de aids em crianças e jovens, observam-se mudanças no perfil dos pacientes acometidos. O sucesso na prevenção da transmissão vertical, principal mecanismo de aquisição do HIV em pediatria, levou a uma significativa redução dos casos novos, porém, com estabilização nos últimos anos. Os avanços tecnológicos no desenvolvimento da Terapia Antirretroviral Combinada (TARV) proporcionaram a conversão de uma doença letal em uma infecção grave, porém crônica e controlável na maior parte dos casos. Este cenário de mudanças clínicas e epidemiológicas impõe novos desafios aos profissionais envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes com HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 39,1% das gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2012, foram distribuídos 366.910 testes de HIV para gestantes, enquanto em 2017, somente até o mês de outubro, já haviam sido distribuídos 3.350.440 testes. Em um período de dez anos, houve aumento de 23,8% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2006, a taxa de gestantes infectadas observada foi de 2,1 casos/ a cada mil nascidos vivos e, em 2016, passou para 2,6/ por mil nascidos vivos. A tendência de crescimento também é verificada em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sudeste, com taxa de 2,2 casos/ por mil nascidos vivos em 2006 e 2,0 em 2016. As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa: ambas apresentavam taxa de 1,2 em 2006, passando para 2,9 e 2,0 casos/mil nascidos vivos em 2016, respectivamente. Em 2016, a região Sul mostrou a maior taxa de detecção (5,6 casos/mil nascidos vivos) entre as regiões - aproximadamente 2,2 vezes maior que a taxa do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A taxa de detecção de aids em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador *proxy* para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Observou-se tendência de queda na taxa para o Brasil nos últimos dez anos, que

passou de 3,6 casos/100.000 habitantes em 2006 para 2,4 casos/100.000 habitantes em 2016, o que corresponde a uma queda de 34% do número de casos. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste também apresentaram tendência de queda nessa taxa, com diminuição de 51,4%, 49,2% e 40,0%, respectivamente, na comparação entre 2006 e 2016. A região Nordeste apresentou um leve aumento na taxa de detecção de aids em menores de cinco anos: 8,7%, passando de 2,3 casos por 100 mil habitantes em 2006 para 2,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. A região Norte apresentou uma discreta redução, de 16,7%, passando de 4,2 em 2006 para 3,5 casos/100 mil hab. em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O aumento do número de casos de mulheres contaminadas pelo HIV podem ser considerados como o reflexo dos aspectos culturais que permeiam a educação sexual e o desenvolvimento da sexualidade feminina. Em razão do crescente número de mulheres infectadas em idade fértil, observa-se que, atualmente, a quase totalidade de casos de contaminação pelo HIV, em menores de 13 anos, acontece por transmissão vertical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A transmissão vertical do HIV acontece pela passagem do vírus da mãe para a criança durante a gestação, no parto ou na amamentação. Sem qualquer ação profilática, o risco de que isso aconteça é de 25% a 30%. Se aplicadas todas as medidas preconizadas, a taxa de transmissão vertical do HIV seria reduzida para níveis inferiores a 2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A epidemia do HIV trouxe à tona os efeitos negativos da violação de direitos individuais sobre a saúde e exigiu dos profissionais dessa área a elaboração de modelos de intervenção não restritivos dos direitos individuais e sociais. O conceito de Direitos Reprodutivos, reconhecido por legislações estrangeiras e nacional, ganhou legitimidade a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e da IV Conferência Mundial da Mulher, ocorrida em Pequim, em 1995. Por definição,

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, de ter a informação e os meios de assim o fazer e o direito de gozar do mais

elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, de coerção ou violência.” (Constituição Federal Caps. VII, art. 226, § 7º, § 7.3).

Assumir esse referencial acima citado significa que a abordagem das necessidades relativas à saúde sexual e à saúde reprodutiva nos serviços de saúde que atendem pessoas vivendo com o HIV e aids, assim como em todas as outras instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser pautadas nos direitos de homens e mulheres de: decidirem de maneira livre e responsável sobre sua reprodução; ter acesso à informação e aos insumos necessários para o exercício saudável e seguro da reprodução e da sexualidade; ter controle sobre o próprio corpo; exercer a orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência, entre outros. O exercício desses direitos deve ser garantido pelo Estado, promovendo espaços e possibilidades para que tais escolhas se realizem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No acompanhamento das gestantes e mães portadoras do HIV é importante investigar a sua condição imunológica, a presença de comorbidades (incluindo a tuberculose, o vírus da hepatite C, o vírus da hepatite B e outras IST), a dependência de drogas ilícitas, fumo e álcool, as condições psicossociais, bem como o uso de ARV e outros medicamentos. Cabe ao profissional de saúde identificar e reconhecer o processo da infecção pelo HIV no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar do binômio mãe-bebê assim como de sua família. O profissional precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e que ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças dessas gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

2.2 Profilaxia da Transmissão Vertical

A indicação da via de parto nas gestantes portadoras de HIV dependerá de sua carga viral na época do parto. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34ª semana de gestação, a cesárea eletiva na 38ª

semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Para gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é a indicada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015c).

Seguem a seguir nos quadros 1 e 2 as recomendações do manejo obstétrico conforme *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica Para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b):

Quadro 1 - Cuidados específicos durante o parto vaginal em gestantes vivendo com HIV

1. Assim como na gestação, estão contraindicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (amniocentese, cordocentese, amniotomia, escalpo cefálico).
2. O parto instrumentalizado deve ser evitado; porém, quando indicado, o fórceps deve ser preferido ao vácuo-extrator. A aplicação do fórceps (ou vácuo-extrator) só será admitida se houver uma indicação obstétrica precisa e que supere os riscos maiores de infecção da criança pelo procedimento.
3. Havendo condições favoráveis para o parto vaginal e estando este indicado, iniciar a zidovudina (AZT) intravenosa logo que a parturiente chegar ao serviço, conforme o protocolo estabelecido, e manter a infusão até o clampeamento do cordão umbilical.
4. Diante da integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução.
5. O trabalho de parto deve ser monitorado cuidadosamente, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma).
6. Deve-se evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado, visto que a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota.
7. O uso de medicamentos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, devendo seguir os padrões de segurança já conhecidos.
8. A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária.
9. A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.
10. A episiotomia só será realizada após avaliação cautelosa de sua necessidade. Sendo realizada, deverá ser protegida por compressas umedecidas com degermante (o mesmo utilizado para degermar a vagina e períneo durante o parto). Manter a episiotomia coberta pela compressa umedecida deve ser tarefa de um auxiliar, visto ser impossível para um único profissional dar assistência ao parto e evitar o contato direto do nascituro com a episiotomia.

Fonte: Ministério da Saúde (2017b).

Quadro 2 - Cuidados específicos durante o parto cesáreo em gestantes vivendo com HIV

1. Confirmar a idade gestacional, a fim de evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina e ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).
2. A cesárea eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação, a fim de evitar a prematuridade, o trabalho de parto e a rotura prematura de membranas.
3. Caso a gestante que tenha indicação para a cesárea eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após três horas de infusão.
4. Sempre que possível, proceder ao parto empelcado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).
5. Ligar o cordão umbilical imediatamente após a retirada do recém nascido e não realizar ordenha do cordão.
6. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do RN com sangue materno.
7. Utilizar antibiótico profilático tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única IV de 2g de cefazolina, antes do clampeamento do cordão umbilical.

Fonte: Ministério da Saúde (2017b).

A sequência de atividades abaixo são encontradas do *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes*, são elas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b):

1. Limpar com compressas macias todo sangue e secreções visíveis no recém-nascido imediatamente após o nascimento e proceder com banho, ainda na sala de parto;
2. Quando for necessária a realização de aspiração de vias aéreas do recém-nascido, deve-se proceder delicadamente, evitando traumatismos em mucosas;
3. Iniciar a primeira dose do AZT solução oral preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento;

4. Em crianças expostas ao HIV cujas mães não fizeram uso de ARV durante o pré-natal ou não têm carga viral menor que 1.000 cópias/ml documentada no último trimestre de gestação, acrescentar nevirapina ao esquema da profilaxia, com início o mais precoce possível, nas primeiras 48 horas de vida;

5. O monitoramento laboratorial deve ser iniciado precocemente, na maternidade ou na primeira consulta ambulatorial, em todas as crianças expostas, independente de serem pré-termo ou não, considerando-se a possibilidade de efeitos adversos aos ARV utilizados pela mãe, repetindo-se os exames após 4 e 16 semanas;

6. É recomendado o alojamento conjunto em período integral, com o intuito de aprimorar o vínculo mãe-filho;

7. Recomenda-se a não amamentação e a substituição do leite materno por fórmula infantil após aconselhamento. O aleitamento misto também é contraindicado. A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até completar 6 meses de idade. Em alguns estados, a fórmula infantil é fornecida até os 12 meses de idade ou mais. Em situações especiais e em alguns casos, pode-se usar leite humano pasteurizado proveniente de Banco de Leite credenciado pelo MS (exemplo: recém-nascido pré-termo ou de baixo peso);

8. São terminantemente contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz) e uso de leite humano com pasteurização domiciliar;

9. Anotar no resumo de alta do recém-nascido as informações do pré-natal, as condições do parto, o tempo de uso do AZT injetável na mãe, o tempo de início de AZT xarope e da nevirapina para o RN com dose e periodicidade, além das mensurações antropométricas, o tipo de alimento fornecido à criança e outras informações importantes relativas às condições do nascimento;

10. A alta da maternidade é acompanhada de consulta agendada em serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV. O comparecimento a esta consulta necessita ser monitorado;

11. Preenchimento das fichas de notificação da “Criança exposta ao HIV” e enviá-las ao serviço de vigilância epidemiológica competente.

As crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV idealmente devem ser atendidas em unidades especializadas, pelo menos até a definição de seu diagnóstico. Aquelas que se revelarem infectadas permanecerão em atendimento nessas unidades e as que se revelarem não infectadas poderão ser referenciadas para acompanhamento em unidades básicas de saúde. Recomenda-se que o acompanhamento anual das crianças não infectadas na unidade especializada até o final da adolescência, em virtude de terem sido expostas não só ao HIV, mas também aos medicamentos antirretrovirais. Essa indicação reside no fato de não se conhecerem em totalidade as possíveis repercussões da exposição aos ARV no médio e longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

2.3 Quimioprofilaxias

2.3.1 O Uso de Antirretroviral

O progresso alcançado na redução da transmissão do HIV de mãe para filho é uma das notáveis histórias de sucesso em saúde global. Os ARV reduziram em aproximadamente 1,6 milhão de novas infecções por HIV entre crianças desde 2000. Mesmo assim, são necessários esforços intensificados para eliminar a transmissão de mãe para filho (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2016).

Todos os recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV devem receber profilaxia com ARV. A quimioprofilaxia com zidovudina (AZT) deverá ser administrada preferencialmente de imediato após o nascimento (nas quatro primeiras horas de vida) e a indicação da associação com a nevirapina, com início nas primeiras 48 horas de vida, deve ser avaliada conforme os cenários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

O AZT intravenoso continua a ser uma ferramenta eficaz para reduzir a transmissão em casos de falha virológica, mesmo em mulheres tratadas com ARV. No entanto, para a grande maioria das mulheres com baixa carga viral ao parto, na ausência de fatores de risco obstétricos, AZT intravenoso sistemático parece ser desnecessário (BRIAND et al., 2013).

Com base em estudos que indicam nenhuma diferença nas taxas de defeitos congênitos no primeiro trimestre em comparação com os expostos a ARV, as mulheres podem ser aconselhadas ao uso da TARV durante a gravidez, pois as medicações não aumentam o risco de defeitos congênitos. No passado, o uso de efavirenz não era recomendado antes das 8 semanas de idade gestacional, devido a preocupações quanto à potencial teratogenicidade. Embora esta precaução permaneça, a revisão de dados disponíveis foram tranquilizadores de que os riscos de defeitos do tubo neural após o primeiro trimestre com o uso de efavirenz o risco a exposição não é maior do que a população geral. Como resultado, as diretrizes atuais não incluem a restrição no uso de efavirenz antes das 8 semanas de gestação, conforme ambas as diretrizes da Associação Britânica do HIV e da Organização Mundial de Saúde para o uso de drogas ARV na gravidez (GRUPO DE TRABALHO DO GABINETE DO CONSELHO CONSULTIVO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE A SIDA (OARAC), 2016).

Segue abaixo o quadro 3 para o uso de quimioprofilaxia conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b):

Quadro 3 - Indicação de ARV para a profilaxia da transmissão vertical do HIV

CENÁRIOS	USO DE ARV - GESTANTE NO PRÉ-NATAL	INDICAÇÃO DE ARV - RN	POSOLOGIA DE ARV PARA RN	DURAÇÃO DA PROFILAXIA COM ARV PARA RN
Uso de ARV durante a gestação	<ul style="list-style-type: none"> > Uso de ARV no pré-natal e periparto, com CV documentada <1.000 cópias/mL no 3º trimestre 	AZT (VO)	<ul style="list-style-type: none"> > RN com 35 semanas ou mais de idade gestacional: 4mg/kg/dose de 12/12h > RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia > RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h 	4 semanas
Sem uso de ARV durante a gestação	<ul style="list-style-type: none"> > Sem utilização de ARV durante a gestação, independentemente do uso de AZT periparto; ou > Uso de ARV na gestação, mas CV desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL no 3º trimestre; ou > Histórico de má adesão, mesmo com CV < 1.000 cópias/mL no 3º trimestre; ou > Mãe com IST, especialmente sífilis; ou > Parturiente com resultado reagente no momento do parto 	AZT (VO)	<ul style="list-style-type: none"> > RN nascido com 35 semanas ou mais de idade gestacional: 4mg/kg/dose de 12/12h > RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia > RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h 	4 semanas
		Associado com NVP (VO)		1ª dose: até 48h de vida 2ª dose: 48h após 1ª dose 3ª dose: 96h após 2ª dose

Fonte: Ministério da Saúde (2017b)

2.3.2 A Profilaxia Contra a Pneumocistose

O fungo *Pneumocystis jiroveci* é causa comum de infecção respiratória em imunodeficientes, especialmente nos doentes com infecção por HIV. Recentemente, o uso de técnicas moleculares, com grande capacidade de detectar DNA do *Pneumocystis jiroveci*, resultou na identificação de casos de colonização / infecção assintomática, com baixa carga parasitária, em imunocomprometidos e em

imunocompetentes. Estudos anteriores demonstraram que doentes soronegativos para HIV, com vários graus de imunodeficiência, e indivíduos saudáveis podiam ser portadores assintomáticos de *P. jiroveci* (MATOS et al., 2006).

A pneumonia por *P. jiroveci* é a mais frequente infecção oportunista em crianças infectadas pelo HIV. A faixa de maior risco é a do primeiro ano de vida, quando o diagnóstico definitivo da infecção pelo HIV, na maioria das crianças expostas, ainda não pode ser feito. A doença pode manifestar-se rapidamente, causando insuficiência respiratória aguda com alta letalidade, justificando a indicação de profilaxia primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Segue abaixo no quadro 4 as recomendações da profilaxia primária para a pneumonia por *P. jiroveci* conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b):

Quadro 4 - Recomendações para profilaxia primária de *P. jiroveci* em crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV

IDADE	RECOMENDAÇÃO
Nascimento até 4 semanas	Não indicar profilaxia
4 semanas a 4 meses	Indicar profilaxia até definição do diagnóstico
4 meses a 12 meses: > Criança não infectada > Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada	Não indicar ou suspender profilaxia Manter profilaxia
Após os 12 meses: > Criança infectada	Indicar profilaxia se a contagem de LT-CD4+ for menor que 200 céls/mm ou LT-CD4<25%

Fonte: Ministério da Saúde (2017b).

2.4 O Diagnóstico do HIV na Criança Exposta

A identificação precoce da criança infectada verticalmente é essencial para o início da terapia antirretroviral, para a profilaxia das infecções oportunistas e para o manejo das intercorrências infecciosas e dos distúrbios nutricionais. A passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo imunoglobulina G (IgG) anti-HIV, principalmente no terceiro trimestre de gestação, interfere no diagnóstico sorológico da infecção vertical. Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de

idade. Portanto, métodos que realizam a detecção de anticorpos não são recomendados para o diagnóstico em crianças menores de 18 meses de idade, sendo necessária a realização de testes moleculares, como a quantificação da CV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

A primeira CV deve ser colhida com quatro semanas de vida, e até seis semanas de vida preferencialmente, se a criança tiver recebido profilaxia antirretroviral. Em recém-nascidos sintomáticos, a CV pode ser colhida em qualquer momento. Deve-se realizar, imediatamente, a primeira carga viral em crianças que foram amamentadas. Em crianças cuja primeira amostra tenha sido colhida em idade superior a quatro meses, a segunda coleta pode ser realizada com intervalo mínimo de um mês. Caso a carga viral tenha um resultado detectável, esta deve ser repetida com nova amostra assim que possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Segue nas próximas páginas algoritmos para utilização de testes para quantificação de ácido ribonucleico (RNA) viral - carga viral em crianças entre 1 e 18 meses, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b):

Figura 1 - Algoritmo para utilização de testes para quantificação de RNA viral - carga viral - HIV, em crianças entre 1 e 18 meses, após uso de profilaxia com ARV para a criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b)

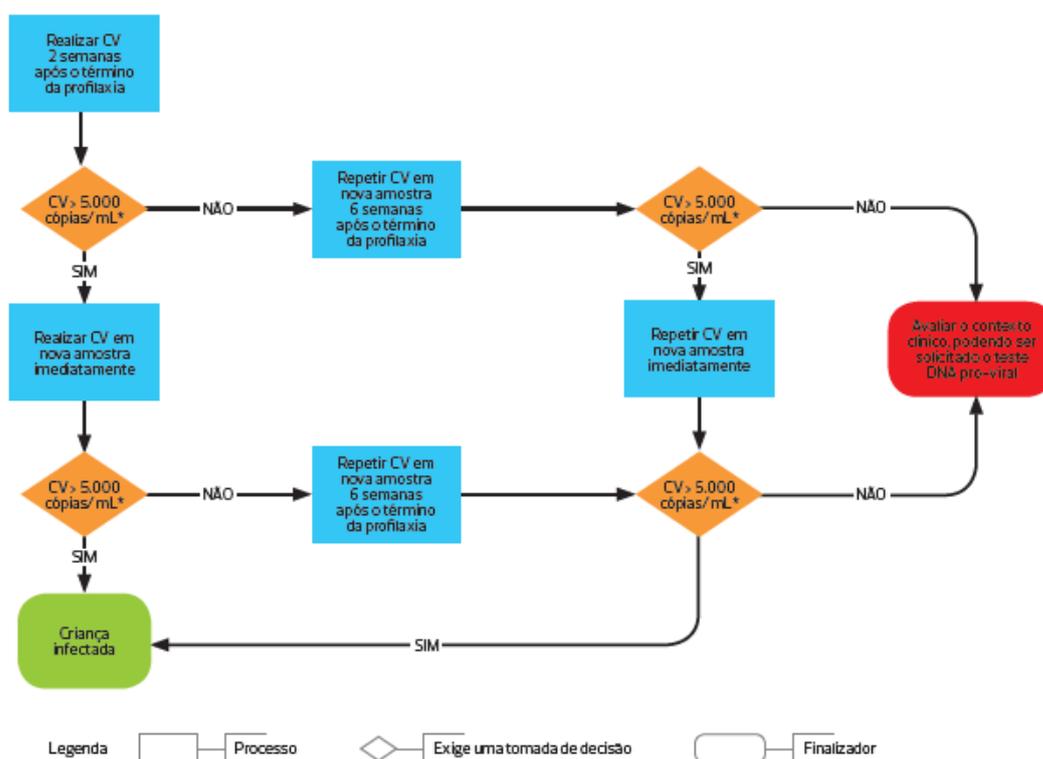
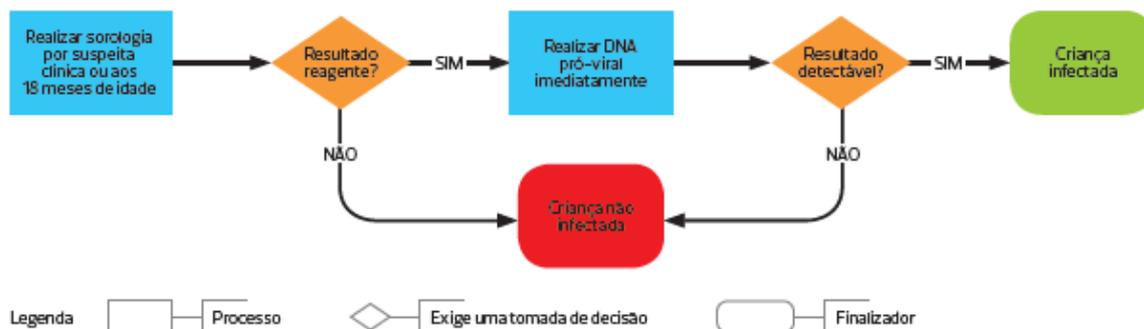


Figura 2 - Algoritmo para realização de testes para definição do diagnóstico em crianças com duas CV detectáveis <math><5.000\text{ cópias/mL}</math> (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b)



3 OBJETIVO

Visando o atendimento multidisciplinar no grupo de gestantes portadoras de HIV do HUGG, esse trabalho tem por objetivo geral a

OBJETIVO GERAL:

Elaborar guia complementar à Caderneta Nacional de Saúde da Criança, com orientações ao cuidado de crianças expostas ao HIV, de acordo com as diretrizes preconizadas pelo MS na atualidade, para crianças nascidas no HUGG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Incluir no guia complementar a abordagem de aspectos relevantes do pré-natal e peri-parto das mães portadoras do HIV

Incluir no guia complementar a abordagem de aspectos relevantes do nascimento e cuidados pós natais das crianças expostas ao HIV na gestação.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo para a elaboração de estratégias educacionais implementadas e avaliadas em ambiente de ensino ou assistencial, tendo como finalidade a criação de produtos ou serviços.

Assim sendo, esse estudo terá como produto desenvolvido um guia destinado às mães e gestantes vivendo com HIV, com o intuito de um atendimento integral a saúde das crianças expostas ao HIV gestacional. Possui como título primário Guia de Cuidados da Criança Nascida no HUGG.

4.2 Etapas do Estudo

4.2.1 Levantamento Bibliográfico

Nesta etapa, foram realizadas buscas das principais publicações do Ministério da Saúde do Brasil, bem como das bibliotecas virtuais de saúde, acerca das principais publicações, protocolos e diretrizes da transmissão vertical do HIV, bem como manuais sobre o desenvolvimento das crianças, no intuito de unir a bibliografias existente para compor o guia educativo.

O material elaborado no presente trabalho intitula-se “Guia de Cuidados da Criança Nascida no HUGG” na capa, e possui como subtítulo secundário “Guia de Cuidados da Criança Exposta ao HIV” no conteúdo do produto, buscando a não discriminação das gestantes no momento da distribuição do mesmo.

A partir dos resultados do levantamento bibliográfico foram elaborados os textos escritos de forma clara e com uma linguagem acessível ao público alvo, bem como organizados de maneira coerente.

Nesse momento é, ainda, necessário selecionar quais informações realmente são importantes para constar no manual, porque ele precisa ser atrativo, objetivo, não pode ser muito extenso, mas deve dar uma orientação significativa

sobre o tema a que se propõe. Precisa ser de fácil compreensão e atender às necessidades específicas de uma determinada situação de saúde para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo. Dessa forma, é importante procurar ilustrar as orientações para descontraí-las, animar, torná-las menos pesadas e facilitar o entendimento, já que, para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que muitas palavras (ECHER, 2005).

Consultaremos um profissional especialista em diagramação para formatar o guia de forma atrativa, de fácil compreensão e condizente com a sua finalidade. Assim deverá ocorrer alteração no modelo primariamente criado no intuito de melhorias necessárias. O programa técnico utilizado para a formulação do guia foi o *Microsoft Office Power Point* principalmente.

4.2.2 Elaboração do Material Educativo

Para essa etapa foram adaptadas orientações pré-existentes de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), as quais apresentam os aspectos relacionados à linguagem, ilustração e diagramação que o profissional de saúde deve se embasar para elaborar material educativo de modo a torná-lo legível, compreensível, eficaz e relevante (MORAES et al., 2015).

Apresenta-se a seguir aspectos que devem ser considerados:

1. Linguagem:

- Comunicar uma mensagem de credibilidade e citar a fonte da mensagem, devendo ambos serem confiáveis e apropriados ao contexto sócio-econômico e cultural;
- Desenvolver uma idéia por vez, desenvolvendo-a completamente, para, depois, passar para uma seguinte, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir o leitor;
- Evitar listas longas, uma vez que os leitores, principalmente aqueles com pouca habilidade, geralmente esquecem itens de listas muito longas, sendo, por isso necessário à limitação a quatro ou cinco itens;
- Declarar objetivamente a ação que é esperada do leitor;
- Apresentar os conceitos e ações em ordem lógica;

- Clarificar idéias e conceitos abstratos com exemplos;
- Incluir apenas as informações necessárias, para o leitor compreender e seguir a mensagem;
- Destacar ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer;
- Dizer aos leitores os benefícios que eles terão com a leitura do material;
- Usar, sempre que possível, palavras curtas com definições simples e familiares;
- Escrever como se estivesse conversando, pois o estilo conversacional é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido;
- Usar a voz ativa;
- Limitar o uso de jargão, termos técnicos e científicos. Se forem indispensáveis, explique-os em linguagem que o leitor possa entender;
- Não discriminação das diferenças culturais e raciais;
- Fazer perguntas curtas e deixar espaço para o leitor escrever as respostas;
- Deixar espaço em branco no fim do material destinado a anotações de dúvidas, questionamentos e pontos importantes.

2. Ilustrações:

- Limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material;
- Selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e idéias importantes do texto;
- Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto.
- Utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento;
- Apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam identificados, mas apresentar uma escala para compará-los com algo familiar;
- Usar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição;
- Ilustrações sensíveis e relevantes culturalmente;
- Usar imagens e símbolos familiares ao público alvo, que permitam as pessoas se identificarem com a mensagem;

- Usar, com cautela, símbolos e sinais pictográficos. Símbolos "universais" como sinal de pare, X e setas, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público alvo;
- Dispor as ilustrações de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las;
- Apresentar uma mensagem por ilustração;
- Ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso;
- Colocar as ilustrações próximas aos textos aos quais elas se referem;
- Numerar as imagens, quando forem apresentadas em sequência;

3. Diagramação:

- Usar fonte 12, no mínimo. Usar fontes para os títulos, dois pontos maiores que as do texto;
- Evitar textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas, pois dificultam a leitura;
- Usar itálico, negrito e sublinhado apenas para os títulos ou para destaques;
- Usar as cores com sensibilidade e cautela, para não supercolorir, deixando o material visualmente poluído;
- Dar preferência à impressão preta sobre fundo claro por ser mais fácil de ler;
- Dar preferência à impressão fosca (papel e tinta), pois melhora a legibilidade pela redução do brilho;
- Elaborar capa com imagens, cores e texto atrativos.
- Mostrar a mensagem principal e o público alvo na capa, permitindo que o leitor entenda com facilidade a mensagem principal;
- Colocar, no início da frase ou da proposição, as palavras ou ideias-chave;
- Apresentar uma ideia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois, se o leitor tiver que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer sua primeira parte;
- Organizar as ideias no texto, na mesma sequência em que o público alvo irá usá-las;

- Limitar a quantidade de texto e imagens na página;
- Usar títulos e subtítulos, deixando mais espaço acima que abaixo deles, para dar uma ligação mais forte.

5 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a realização deste guia em diversos aspectos. Primeiramente pela escassa quantidade de material de cunho educativo voltada para as gestantes portadoras do HIV nos centros de referência. Além disso, elaborar um guia com textos e ilustrações de forma clara e com uma linguagem acessível as gestantes será o principal foco do projeto.

Para atingir o objetivo de elucidar a população sobre sua responsabilidade perante a prevenção da transmissão do HIV, é imprescindível que o poder público, os profissionais de saúde e os grupos interessados priorizem os procedimentos de divulgação e implantação de medidas de prevenção (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Nota-se atualmente que durante o atendimento ambulatorial às gestantes, são fornecidos diversos folhetos educativos durante as consultas, bem como orientações em receituários avulsos. A unificação de todas as orientações necessárias em um único documento diminuirá o risco de não adesão às profilaxias preconizadas e o risco da perda de homogeneidade nas condutas.

Este estudo auxiliará as gestantes portadoras de HIV acompanhadas no HUGG para reduzir suas dúvidas e anseios quanto aos cuidados com a criança, bem como ajudará ao profissional de saúde a unificação e implementação das diretrizes terapêuticas estipuladas pelo MS.

O ideal desse projeto é criar algo inovador, que ainda é inexistente a nível nacional, sem desprezo em nenhum momento à Caderneta de Vacinação do MS atual, bem como de todo o seu conteúdo. Importante ressaltar que é um guia complementar ao outro, porém com melhorias específicas ao grupo de gestantes referenciadas ao HUGG. Esse guia deverá ser entregue conforme aceitação por parte das mães, e deverá ser distribuído às gestantes e parturientes do HUGG portadoras do HIV.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados a seguir na descrição da elaboração do material educativo construído e suas considerações finais.

6.1 Descrição do Material Educativo Construído

A partir da revisão bibliográfica sobre o tema foi elaborado o contexto do guia proposto. Baseado nas recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) quanto aos aspectos importantes de linguagem, foram evitados termos técnicos e científicos, usando-se sempre que possível, palavras curtas com definições simples e familiares. O recurso de fazer perguntas curtas e deixar espaço para o leitor escrever as respostas também foi utilizado, para que houvesse maior interação entre a informação e o ouvinte.

O conteúdo foi escrito utilizando-se estilo de letras simples e de fácil leitura, fonte *Time New Roman* em tamanho 12 para as informações e fonte *Constania* tamanho 32, 36 e 42 para o título das páginas.

O guia educativo possui 35 páginas e foi dividido em itens cujos conteúdos estão descritos a seguir:

1- Identificação: identificar o recém-nascido com seus dados de nascimento mais relevantes, bem como identificar seus pais, dando lhes a oportunidade de descrever sobre o planejamento familiar dos mesmos (OUD, 2012).

2- Alimentação: descrição de alternativas alimentares para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas;

3- Profilaxia da transmissão vertical: descrição da importância do uso de AZT durante as quatro primeiras semanas de vida

4- Profilaxia para o *P. jiroveci*: Ressaltar a importância do uso de SMX + TMT conforme orientação do pediatra;

5- Desenvolvimento do bebê do 1º mês ao 12º mês;

6- Avaliação médica e exames complementares: local onde serão registrados as sorologias e carga viral solicitadas pelo pediatra e imunologista;

7- O primeiro e o segundo ano do bebê: oportunidade dos pais resumirem como foram os dois primeiros anos de vida da criança, com textos e fotos ilustrando o guia, bem como constatação de alguns marcos de desenvolvimento;

8- O status sorológico da criança final, a época em que foi realizado, completando o acompanhamento profissional quanto a necessidade ou não de manter a criança exposta ao HIV das crianças nos ambulatórios especializados de imunologia;

9- Anexos finais: local para serem anexados exames complementares (exemplo: ultrassonografia neonatal, ecocardiograma pediátrico), dentre outras ilustrações que sejam de desejo dos pais adicionar ao guia.

7 DISCUSSÃO

A caderneta de saúde da criança do MS apesar de eficaz e abrangente para a população das diferentes regiões do país, ela não possui informações destinadas as crianças expostas ao HIV, sendo possível a criação de um instrumento complementar para o grupo de mães e gestantes portadoras do vírus. Mesmo tendo em vista a preocupação de não discriminar essa população de pacientes, não podemos mudar o foco da atenção, uma vez que nosso serviço apresenta uma realidade diferente, por ser centro especializado nos pacientes portadores de HIV.

Os estudos realizados por Sperlig et al. em 1994, denominado protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (ACTG), associou o uso da zidovudina a redução das taxas de transmissão vertical em mulheres com aids. Ele se tornou um marco no âmbito mundial, pois continua sendo na atualidade o principal fármaco capaz de impedir a transmissão, em diferentes níveis de carga viral. Apesar de tamanha importância do uso do fármaco, infelizmente ainda observamos profissionais de saúde com dificuldade quanto à posologia indicada pelo MS aos recém-nascidos na atualidade.

Os aperfeiçoamentos no acompanhamento das gestantes portadoras de HIV ao longo dos anos reflete na queda das taxas de transmissão vertical conforme os últimos boletins epidemiológicos do MS, sendo o índice de detecção em menores de cinco anos de idade de 2,4/100.000 habitantes, notificados aos órgãos competentes em 2017, sendo este o melhor índice nos últimos dez anos no país. Embora esse indicador seja reflexo das melhorias feitas no pré-natal, o Brasil ainda não possui o certificado de eliminação da transmissão vertical do HIV segundo critérios da OPAS/OMS. Além do ampliação do número de testes rápidos pela Rede Cegonha, ainda estamos em processo de ampliação dos comitês de investigação de transmissão vertical de HIV/sífilis no âmbito nacional, estadual e municipal, para alcançar os indicadores e metas de erradicação do HIV.

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para prevenção e transmissão vertical do vírus, bem como os protocolos para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes do MS, são pouco didáticos no dia-a-dia dos serviços ambulatoriais, mesmo eles sendo destinados principalmente aos

profissionais de saúde. Criar um guia com uma linguagem simplificada e familiar tanto ao profissional quanto ao paciente aumenta o vínculo e adesão ao tratamento.

Os protocolos clínicos e diretrizes do MS para o HIV estão em constante alterações, resultando em novas publicações com o decorrer do tempo. São edições passíveis de mudança devido aos avanços dos estudos em relação a doença e as necessidades dos profissionais que vivenciam a prática clínica da epidemia do HIV.

8 CONCLUSÕES

A despeito de excelente ferramenta de acompanhamento da saúde da criança, a Caderneta de Saúde da Criança, do MS do Brasil, não contempla observações para a criança exposta ao HIV. Um guia complementar à caderneta nacional de saúde não necessita de abordagem sobre curvas de crescimento e desenvolvimento por já estarem bem descritas e de fácil utilização pelos pediatras em geral. Problemas de saúde prevalentes em qualquer comunidade, no nosso caso específico o HIV dentre as gestantes do HUGG, acarretam estudo e esforços das equipes de saúde e dos pesquisadores para melhorias no tratamento dado às gestantes.

As taxas de transmissão vertical no país encontram-se em queda ao longo dos anos, refletindo a melhoria da qualidade do pré-natal nos serviços de saúde. A rede cegonha é um dos fatores de maior impacto nesta queda, por aumentar o número de testagem para HIV nas gestantes. Sem qualquer ação profilática, o risco de transmissão da doença é de 25% a 30%. Se aplicadas todas as medidas preconizadas, a taxa de transmissão vertical do HIV reduz para níveis inferiores a 2%.

Os fatores associados com o aumento do risco de transmissão perinatal incluem a doença materna avançada, o tabagismo, o uso de drogas ilícitas durante a gravidez, a ruptura prematura de membranas por período maior de quatro horas, e o parto por via vaginal em gestantes com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34ª semana de gestação.

As intervenções para reduzir as taxas de transmissão vertical mais eficazes incluem o uso de zidovudina durante a gravidez, durante o trabalho de parto e no recém-nascido, além dos cuidados específicos no parto vaginal e no parto cesárea. A profilaxia contra o fungo *Pneumocystis jiroveci* é também mandatória nas crianças expostas ao vírus, devido ao risco de infecção respiratória grave em menores de 1 ano de idade e nos pacientes imunodeficientes, especialmente nos doentes com infecção por HIV.

O diagnóstico de infecção pelo HIV na criança exposta segue atualmente conforme quantificação de carga viral e sorologias em períodos e situações

estipuladas pelo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV, criados pelo MS.

No acompanhamento de mães e gestantes portadoras de HIV é fundamental que o profissional esteja preparado para prestar assistência integral e unificada das condutas estipuladas para esse grupo. Melhorias na qualidade do atendimento no nosso serviço irão contribuir para a excelência e segurança do mesmo, visto que a erradicação da transmissão vertical do vírus depende de cuidados realizados em diferentes pontos de atenção à saúde.

Com os presentes dados expostos neste trabalho concluo que os objetivos propostos foram alcançados, sendo possível a construção do guia educativo intitulado “Guia de Cuidados da Criança Nascida no HUGG”.

Assim sendo, espera-se que ele possa servir de apoio às mães e gestantes vivendo com o vírus, de forma a reduzir suas dúvidas e anseios a cerca da transmissão vertical do HIV.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRIAND, N.; WARSZAWSKI, J.; MANDELBROT, L., et al. Is intrapartum intravenous zidovudine for prevention of mother-to-child HIV-1 transmission still useful in the combination antiretroviral therapy era? *Clin Infect Dis.*, [S.l.], v. 57, n. 6, p. 903-914, 2013.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, [S.l.], v. 13 n. 5, p. 754-757, 2005.

GRUPO DE TRABALHO DO GABINETE DO CONSELHO CONSULTIVO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE A SIDA (OARAC). Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Carolina do Norte, 2016. 281p.

MATOS, O.; COSTA, M.A.; CORREIA, I., et al. Infecção por *Pneumocystis jiroveci* em Imunocompetentes com Patologia Pulmonar em Portugal. *Acta Med Port.*, [S.l.], v. 19, p. 121-126, 2006.

MESTRADO PROFISSIONAL. Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais - PPGHIV/HV - UNIRIO. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppghivhv>. Acesso em: 14 jan 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança. 10ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 96p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar / 2. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2015b. 184p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 64p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 64p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde, 2014a. 104p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/AIDS na Atenção Básica para gestantes. Brasília, 2013a. 28p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da saúde, 2013b. 56p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da saúde, 2014b. 240p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da saúde, 2017b. 220p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Ministério da saúde, 2015c. 142p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 84p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 173 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 20p.

MORAES, F.C.; CARVALHO, A.A.B.; RODRIGUES, T.O., et al. Proposta de ação educativa para a formação de multiplicadores em saúde. *Rev. Ciên. Vet. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 78-86, 2015.

MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

ODD, P. O Primeiro Ano do Bebê. São Paulo, Vergana & Riba Editoras, 2012. 80 p.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. Get on the Fast-Track Finding solutions for everyone at every stage of life - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva, 2016. 140p.

SPERLING, et al. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *The New England Journal of Medicine*. v. 33. n. 18. EUA, 1994.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

APÊNDICE - Guia de Cuidados da Criança Nascida no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE
Programa de Pós Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites
Virais

Guia de Cuidados da Criança Nascida no HUGG

Autores:

Dra. ROSANEA FERREIRA RODRIGUES

Dra. MARIA MARTA TORTORI

Dr. FERNANDO FERRY

RIO DE JANEIRO
2018



o Parabéns,

Ser *Mãe* é assumir o dom da criação, da doação e do amor incondicional.....

Este guia destina-se à você mãe, para registro de todos os momentos nos primeiros dois anos de vida do seu bebê.

Leve a Caderneta do Bebê nas consultas médicas e guarde aqui momentos únicos entre vocês.

Pensando em você mãe, criamos o Guia de Cuidados da Criança Nascida no HUGG, complementar a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde que você já possui...

Colabore com essa idéia de registrar essa etapa da sua vida em família !

Meu nome:

Meu nome foi escolhido por:

O nascimento

- o Data: _____
- o Hora: _____
- o Local: _____

- o Peso : _____
- o Comprimento: _____
- o Perímetro cefálico: _____

- o A cor do cabelo : _____
- o Cor dos olhos: _____

- o Condições do nascimento: _____
- o Parto foi () Vaginal () Cesáreo
- o Mãe teve _____ (número) consultas de pré-natal
- o Alta em: _____ pesando: _____

Foto do meu nascimento



Foto da Maternidade

O HIV

HIV é a sigla em inglês que significa Vírus da Imunodeficiência Humana, sendo o causador da aids. Ele ataca o sistema imunológico que é responsável por defender o organismo de doenças.

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a aids. Há muitos soropositivos para o HIV que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, podem transmitir o vírus a outro pela relação sexual desprotegida, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou da mamãe para o filho durante a gravidez ou amamentação.

Por isso proteja seu filho da infecção e siga as orientações médicas.

A alimentação do bebê

- O bebê filho da mãe portadora do HIV NÃO pode ser amamentado no seio materno !!!
- A amamentação está CONTRAINDICADA para as gestantes desse grupo, por causa do risco de transmissão do HIV para o bebê.
- A alimentação do bebê com fórmula infantil (leite em pó) deve ser prescrita pelo pediatra ou nutricionista.



A alimentação do bebê

- A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber a fórmula láctea infantil, pelo menos, até completar 6 meses de idade. Esse prazo pode ser estendido conforme avaliação de casos específicos.
- Existe uma variedade de marcas de leite (fórmulas infantis) que podem ser oferecidas ao seu filho, porém a diluição deve ser feita de forma correta conforme a orientação do pediatra ou nutricionista para que seu filho fique bem alimentado.



A alimentação do bebê

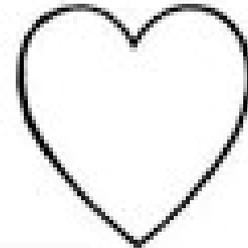
- A água utilizada para o preparo do leite deverá ser filtrada, fervida ou mineral.
- Não utilize açúcar ou qualquer outro adoçante no preparo da fórmula infantil. Lembre-se de que ela é uma alimentação balanceada e adequada às necessidades da criança.
- Mantenha os utensílios de preparo do leite (mamadeiras ou copinhos) em boas condições de higiene. Uma limpeza incorreta pode trazer contaminação do leite por bactérias e fungos, causadores de diarreias graves.



- O importante é sempre ter em mente que o momento de alimentar seu filho deve ser um momento tranquilo, de troca de carinho, com quem quer que esteja alimentando a criança.

O uso do AZT xarope...

- As crianças nascidas de mãe portadora do HIV deverão fazer uso do xarope de zidovudina (AZT) iniciado logo após o parto e mantido por 28 dias.
- O xarope de zidovudina (AZT) junto com demais cuidados na gravidez e no parto poderão proteger seu bebê da infecção pelo HIV.
- Siga sempre a prescrição médica quanto a dose e intervalos do uso dessa medicação.



O uso de sulfametoxazol + trimetoprima xarope...



- A pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* é a infecção oportunistas mais frequente em crianças infectadas pelo HIV.
- O período de maior risco é o primeiro ano de vida, quando o diagnóstico definitivo da infecção pelo HIV, na maioria das crianças expostas, ainda não pode ser feito.
- O uso de sulfametoxazol + trimetoprima xarope irá agir na prevenção de pneumonias por esse germe responsável por graves quadros de infecção.
- Siga sempre a prescrição médica quanto a dose e intervalos do uso dessa medicação.

Sobre minha mãe...



- Carga viral materna durante a gestação:
1ª (data __/__/__) : _____ 2ª (data __/__/__) _____ 3ª (data __/__/__) _____
- Medicações em uso pela mãe: _____

- Sífilis () Tuberculose () Hepatite B () Hepatite C () HTLV I/II ()
Tratamento : _____

- Demais comorbidades : _____
- Álcool () Tabagismo () Uso de drogas ()
- Parto hospitalar () Parto em domicílio () Parto em via pública ()
- Local: _____
- Uso de AZT venoso intraparto: Sim () Não () _____
- Parto cesáreo () Parto vaginal () Tempo de bolsa rota: _____
- Primeira dose de AZT oral na criança : _____
- Uso de nevirapina associada na criança ? _____

Dúvidas frequentes...

- Meu bebê pode receber todas as vacinas do calendário básico de vacinação?
- ✓ Não. É necessário levar em consideração a situação clínica e imunológica de cada criança ao indicar a vacinação, bem como a situação imunológica de seus conviventes. O médico deverá ser consultado no momento da administração das vacinas na unidade neonatal até a idade que a criança seja considerada não infectada pelo HIV. Mesmo após a criança ser considerada negativa para a infecção, a proteção de seus contatos domiciliares com imunodeficiência deverá ser avaliada.

- Meu filho pode tomar qualquer medicamento indicado pelo pediatra?
 - ✓ Deverá ser sempre informado ao médico prescritor as medicações que a criança está em uso, como por exemplo as medicações profiláticas da transmissão do HIV da mãe para o bebê, para a avaliação de possíveis interações medicamentosas.

- Meu filho terá algum atraso no desenvolvimento ?
 - ✓ As crianças imunocompetentes deverão ter desenvolvimento corporal e psicomotor normal caso não tenham nenhuma outra comorbidade associada, doença genética ou doença congênita previamente conhecida.

- Se meu filho ficar doente aonde devo procurar atendimento?
- ✓ Se a criança tiver qualquer alteração clínica até os 28 dias de vida, o responsável deverá procurar atendimento na maternidade onde a criança nasceu. Após esse período a orientação fica a critério do pediatra ou o atendimento poderá ser realizado no pronto-socorro mais próximo do domicílio.

Roteiro para acompanhamento laboratorial de crianças expostas verticalmente ao HIV

EXAMES	AO NASCER OU NA 1ª CONSULTA AMBULATORIAL	IDADE			
		1 - 2 MESES	4 MESES	6 - 12 MESES	12 - 18 MESES
Hemograma	X	X	X	X	X
AST, ALT, GGT, FA, Bilirrubinas	X	X	NA	NA	X
Glicemia	X	X	X	NA	X
Sorologia HIV	NA	NA	NA	NA	X
CV - HIV	NA	X	X	NA	NA
TORCH	X	NA	NA	NA	NA
Sífilis (VDRL, RPR)	X	NA	NA	NA	NA
Anti-Hbs	NA	NA	NA	X	NA
Sorologia anti-HCV	NA	NA	NA	NA	X
Sorologia para HTLV 1/2	NA	NA	NA	NA	X
Sorologia para doença de Chagas	NA	NA	NA	NA	X
NA: não aplicável					

Fonte : MS, 2017

Para meu Pediatra...



Prescrição de AZT

Data

Dose

- 1ª Carga Viral (data __/__/__): _____
- 2ª Carga Viral (data __/__/__): _____
- 3ª Carga Viral (data __/__/__): _____
- Demais comorbidades: _____
- Status sorológico final do HIV: _____

Meu primeiro mês



- A minha primeira consulta com o pediatra é no dia: _____
- Eu tive alta do hospital no dia: _____
- Quantas vezes eu me alimento por dia? _____
- Qual o meu peso agora com um mês de vida? _____
- Qual a minha estatura? _____

- Momentos especiais desse mês e dúvidas da minha mãe:

Meu primeiro mês



Foto do primeiro mês do bebê

Diário alimentar: quanto eu tenho mamado?



Data	Quantidade	Tipo de Leite	Frequência
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Para minha mamãe...

Com um mês:

- Ele já consegue responder aos sons? _____
- Ele já consegue olhar diretamente para você? _____

Com dois meses:

- Eu chupo os dedos? _____
- O que eu gosto de fazer? _____
- Eu aprendi algo novo? _____
- Eu acordo muito de madrugada? _____

Com três meses:

- Quando eu sorri pela primeira vez? _____
- Já comecei a olhar para as minhas mãos? _____
- Quando foi que eu consegui seguir um brinquedo com os olhos pela primeira vez?

- Eu já sei emitir sons ? Quando foi? _____

Com quatro meses:

- Eu já durmo a noite toda? _____
- Eu já passei um dia na creche ou com uma babá? Como foi ? _____

Meus primeiros dentinhos...



- Alguns bebês podem apresentar um ou mais dentes ao nascimento, que são denominados dentes neonatais. Normalmente eles fazem parte da dentição de leite.

- Inicie os cuidados preventivos à saúde bucal do seu bebê o mais cedo possível. Este hábito, além de promover a limpeza, faz com que o bebê se acostume com a manipulação de sua boca, facilitando a aceitação futura da escova dentária.

- Para a limpeza eficaz:
 1. Lavar bem as mãos com água e sabão.
 2. Enrolar uma compressa de gaze ou ponta de fralda limpa no dedo indicador e umedecê-la com água filtrada.
 3. Passar suavemente na gengiva e na parte interna das bochechas.
 4. A partir dos 6 meses de idade podemos utilizar escova dental macia com creme dental sem flúor.

Para minha mamãe...

Meu quinto mês:

- Já comi alguma fruta ou vegetal? _____
- O que eu já comi? _____
- Apreendi algo novo? _____

Meu sexto mês:

- Além de ser alimentado com o leite indicado pelo pediatra, o seu bebê agora pode ingerir comidas sólidas.
- Utilize uma colher e comece com pequenas quantidades de frutas e vegetais processados.
- Os dentes do seu bebê estão começando a nascer. Primeiro você perceberá um inchaço nas gengivas dele. O seu filho pode ficar meio sonolento e começar a babar bastante. Mastigar um mordedor pode ajudar a aliviar a dor.
- O seu bebê consegue agarrar brinquedos e levar qualquer objeto pequeno à boca.
- O brinquedo favorito deles nessa fase são os pés !!!

Doenças na Infância

Adoecer faz parte do desenvolvimento...

Algumas crianças adoecem mais do que outras, mas existem algumas doenças que todas as crianças terão que enfrentar um dia.

Doença

Data

Para minha mamãe...

Com 9 meses:

- O seu bebê pode ficar tímido e parar de sorrir para todos que vê. Isso se explica porque agora ele sabe diferenciar rostos familiares e não familiares. Felizmente essa fase costuma passar logo.
- Agora você precisa vigiar muito o seu bebê em casa. Mesmo que ele ainda não esteja engatinhando, não deixe de instalar portões nas escadas e outros dispositivos de segurança. O seu bebê é mais rápido do que você imagina!

Quando foi?...

- Que consegui bater palmas? _____
- Que consegui acenar com as mãos “tchau”? _____
- Que consegui sentar sem apoio? _____
- Que consegui ficar de pé com apoio? _____
- Momento especial: _____

Meu primeiro ano!



Foto do primeiro aniversário do bebê

Para minha mamãe...

Com 12 meses:

- O seu bebê já consegue sentar com o corpo ereto, sem necessidade de apoio.
- Se o seu filho caminha enquanto segura a sua mão está na hora do primeiro sapato de verdade! Certifique-se que as solas são macias e que há espaço de sobra para os dedinhos.
- Cuidado para as meias não estarem apertadas.

Quando foi?

- Que comecei a engatinhar? _____
- Que andei de mãos dadas? _____
- Que consegui andar sozinho? _____
- Que consegui dizer “mamãe” e “papai” mesmo que incompletamente?

- Momento especial: _____

Eu e minha família!

Foto dos pais com o bebê

Para minha mamãe....

Com 15 meses:

- O seu bebê já deve ter recebido a maior parte das vacinas contidas no calendário vacinal. As vacinas dessa faixa etária são, na maioria, reforço das aplicadas no primeiro ano de vida. Acompanhe corretamente o calendário vacinal, proteja seu filho.
- Aos 15 meses, a criança é muito simpática, não tão tímida e não estranha tanto as pessoas. Daí em diante ela entrará na rotina da família, com as atividades e hábitos de cada uma.
- Ofereça todos os alimentos para a criança conforme a orientação do seu pediatra, mesmo que inicialmente algum seja rejeitado.
- Seu bebê “vê” com os dedos, ele precisa sentir, pegar, apalpar e apertar todos os objetos para serem incorporados à sua memória
- Qual meu alimento preferido? _____
- Qual a brincadeira de que mais gosto? _____
- Momento especial: _____

Meu segundo ano !!!

- Agora eu peso: _____
- Hoje estou com _____ cm de altura
- A cor do meu cabelo agora é: _____
- Eu me pareço com : _____
- Estavam em meu segundo aniversário: _____

- Meus amiguinhos são: _____
- Detalhes especiais desse dia:

Exames Complementares I

Exames Complementares II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

